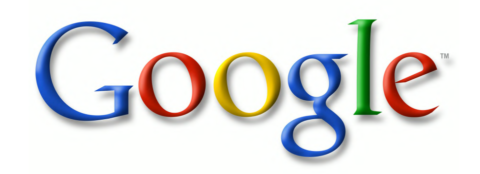




Comptes rendus sténographiques, publiés sous les auspices du ...


PROPERTY OF THE
University of
Michigan
Libraries
1817
ARTES SCIENTIA VERITAS


Digitized by Google

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE MENTALE

TENU A PARIS DU 5 AU 10 AOUT 1889

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS

par le Dr Ant. RITTI, 1844-

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXC

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE MENTALE

tenu à Paris du 5 au 10 août 1889.

PRÉLIMINAIRES

Extraits des procès-verbaux des séances de la Société médico-psychologique.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1888

M le Secrétaire général dit que tout le monde est d'accord sur l'opportunité d'organiser un Congrès de médecine mentale en 1889, à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle. Il estime en conséquence que l'heure est venue de s'occuper de former le Comité d'organisation.

A la suite d'un échange d'observations, la Société décide que ce Comité sera composé des membres du bureau actuel, et de quatre autres membres nommés au scrutin.

Il est procédé, séance tenante, à ce scrutin qui donne les résultats suivants :

M. Blanche obtient, sur 36 votants, 31 voix, *M. Motet*, 30, *M. Magnan*, 22, *M. Ball*, 21.

En conséquence, le Comité d'organisation du Congrès de médecine mentale, qui doit se tenir à Paris en 1889, est ainsi composé :

MM. Falret, Cotard, Ritti, Charpentier, Paul Garnier et Auguste Voisin, membres du bureau, auxquels sont adjoints : MM. Ball, Blanche, Magnan et Motet.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1888

Rapport du Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez chargé un Comité composé de MM. Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Aug. Voisin, d'étudier les questions d'organisation du Congrès international de médecine mentale qui se réunirait au mois d'août de l'année prochaine, à l'occasion de l'Exposition universelle. Votre Commission s'est réunie chez notre honorable vice-président, M. J. Falret, et je suis chargé de vous exposer le résultat de ses délibérations.

Les deux premières questions qui demandaient en quelque sorte une solution immédiate, étaient celles de la date de la réunion du Congrès et du local où il siégerait. En ce qui concerne ce dernier, notre collègue, M. le professeur Ball, s'est avec empressement mis à notre disposition pour faire une démarche auprès de M. le doyen de la Faculté de médecine, à l'effet d'obtenir le grand amphithéâtre des cours. Avec son obligeance habituelle, M. Brouardel a offert l'hospitalité à notre Congrès; je lui ai adressé en votre nom nos plus sincères remerciements et je suis convaincu que vous ne me désavouerez pas si je les lui exprime de nouveau ici, publiquement.

J'ai dit plus haut que la date de la réunion et le local étaient deux questions connexes. En effet, le dernier une fois obtenu, il s'agissait de savoir quand nous pourrions en disposer. Deux autres congrès doivent tenir leurs séances dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine; comme ils se sont fait inscrire avant nous, ils se réuniront durant les deux premières semaines du mois d'août. Nous prendrions donc possession du local pendant la troisième semaine, celle qui va du lundi 19 août au samedi 24 août.

L'ouverture de notre Congrès aura lieu, par conséquent, le lundi 19 août, et durera jusqu'au samedi 24 août. Une semaine a paru suffisante, ainsi que l'a prouvé d'ailleurs l'expérience des congrès précédents et en particulier celui de 1878.

Le Congrès tiendra deux sortes de séances: celles du soir, séances générales, publiques, dans lesquelles se discuteront les questions du programme et se feront les communications diverses étrangères au programme ; 2° celles du matin, séances particulières, intimes, où pourront se discuter familièrement les questions relatives à notre spécialité, qu'elles soient d'ordre scientifique ou d'ordre pratique.

Pour qu'un congrès, quel qu'il soit, aboutisse, il importe de concentrer les efforts sur certaines questions déterminées. C'est ce qu'ont bien compris les organisateurs de notre Congrès de 1878; vous n'avez pas oublié, Messieurs, que si la question des asiles d'aliénés dits criminels a fait un grand pas au point de vue législatif, les discussions qui eurent lieu alors et les vœux qui furent émis, y ont largement contribué. S'appuyant sur ce précédent, votre Comité vous propose de mettre à l'ordre du jour des séances du Congrès trois questions: l'une de pathologie mentale; la deuxième de législation; la troisième de médecine légale. Et comme il importe de bien délimiter les sujets à traiter, il a décidé que chacune de ces questions ferait l'objet d'un rapport. Les trois rapports devront être insérés dans le numéro de mai 1889 des *Annales médico-psychologiques*, où les adhérents au Congrès pourront en prendre connaissance. Ceux qui désireront prendre part à la discussion se feront inscrire: le temps accordé à chaque orateur ne devra pas dépasser vingt minutes.

Les trois questions que votre Comité vous propose de mettre à l'ordre du jour des séances du Congrès sont:

1° *Pathologie mentale.* — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Rapporteur : M. Jules Falret.

2° *Législation.* — Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. Rapporteur: M. B. Ball.

3° *Médecine légale.* — De la responsabilité des alcoolisés. Rapporteur : M. Motet.

Les travaux scientifiques du Congrès ne sauraient être limités à la discussion de ces trois questions qui, certainement, n'occuperont pas toutes nos séances. Il nous restera assez de temps pour entendre d'autres communications relatives à la médecine mentale, que nos collègues voudront bien nous apporter. Nous leur demanderons seulement de vouloir bien nous adresser les titres des mémoires qu'ils désireraient présenter; nous les prierons

aussi de faire en sorte que la lecture de chacun de ces travaux ne dépasse pas la durée réglementaire de vingt minutes.

Le Congrès comprendra deux sortes de membres : les membres fondateurs et les membres adhérents.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique ; leur cotisation est fixée à 25 francs ;

Sont membres adhérents, les médecins, les directeurs des asiles de France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale. Payeront une cotisation de 20 francs, les adhérents français et étrangers.

Telles sont les questions étudiées par votre Comité ; elles se résument dans les articles du règlement qui vont vous être soumis.

En terminant ce rapport, permettez-moi, Messieurs, de vous reporter dix ans en arrière. La plupart d'entre vous ont assisté au Congrès de 1878 et y ont pris une part active ; tous, vous vous rappelez son incontestable succès dû au concours empressé de tous les médecins aliénistes français et d'un grand nombre de collègues étrangers, dû surtout au zèle, à l'activité, au dévouement de notre secrétaire général d'alors, mon prédécesseur, notre excellent et sympathique collègue, M. Motet, aux qualités d'organisation de qui tous se sont plu à rendre hommage. Il est bon de nous souvenir et de prendre exemple ; nous assurerons ainsi au Congrès de 1889 le succès de son aîné. Pour l'obtenir sûrement, notre Comité fait appel à l'adhésion de tous les membres de la Société médico-psychologique, fermement convaincu que tous tiendront à honneur de coopérer à une œuvre si utile au point de vue scientifique et professionnel, et destinée à rehausser encore le renom de notre Société dont les travaux et les discussions attirent, depuis près de quarante ans, l'attention du monde savant.

Lecture est donnée ensuite du règlement général du Congrès, dont tous les articles sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU CONGRÈS

Article premier.

Un Congrès international de médecine mentale sera ouvert à Paris, le 19 août 1889, sous les auspices de la Société médico-psychologique.

Art. 2.

Le Congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de six jours.

Art. 3.

Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à 25 francs.

Sont membres adhérents, les médecins, les directeurs des asiles de France et de l'étranger, toutes personnes s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le Secrétaire général de la Société médico-psychologique (M. le Dr Ant. Ritti, maison nationale de Charenton, Saint-Maurice, Seine.)

La souscription des membres adhérents nationaux et des membres étrangers est fixée à 20 francs.

Art. 4.

Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

ART. 5.

Les travaux du Congrès se composeront :

A) De communications sur les questions proposées par le Comité ;

B) De communications sur des sujets étrangers au programme, mais relatifs à la médecine mentale.

ART. 6.

Le Comité a arrêté le programme suivant :

A) *Pathologie mentale.* — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Rapporteur : M. J. Falret.

B) *Législation.* — Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. Rapporteur : M. B. Ball.

C) *Médecine légale.* — De la responsabilité des alcoolisés. Rapporteur : M. A. Motet.

Les rapports sur ces questions devront être publiés dans le n° de mai 1889 des *Annales médico-psychologiques.*

ART. 7.

Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail, soit en entier, soit en résumé, à M. le Secrétaire général, au plus tard le 15 juillet 1889. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

ART. 8.

Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir. Celle du soir sera consacrée à la discussion des questions du programme ; celle du matin, à la discussion des questions d'intérêt professionnel qui pourront être soulevées.

ART. 9.

A la première séance, le Congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général et de secrétaires des séances.

ART. 10.

Le Congrès terminé, le Comité d'organisation reprendra ses fonctions, pour procéder à la publication des actes du Congrès.

ART. 11.

Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du Congrès.

ART. 12.

Des excursions scientifiques pourront être faites, pendant la durée du Congrès.

COMITÉ D'ORGANISATION

M. le Ministre du commerce et de l'industrie, commissaire générale de l'exposition, a autorisé le Congrès international de médecine mentale, et, par un arrêté en date du 11 février 1889, a constitué le Comité d'organisation ainsi qu'il suit :

MM. Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, *vice-président de la Société médico-psychologique.*

Blanche, membre de l'Académie de médecine.

Charpentier, médecin de Bicêtre, *secrétaire de la Société médico-psychologique.*

Cotard, médecin de la maison de santé de Vanves.

Falret, médecin de la Salpêtrière, *président de la Société médico-psychologique.*

Garnier (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, *secrétaire de la Société médico-psychologique.*

Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne.

Motet, secrétaire général de la Société de médecine légale.

Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, *secrétaire général de la Société médico-psychologique.*

Voisin (Aug.), médecin de la Salpêtrière, *trésorier de la Société médico-psychologique.*

Extrait du procès-verbal de la séance de la Société médico-psychologique du 25 février 1889

M. le Secrétaire général. — Messieurs, le Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale s'est réuni le 23 février, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel des sociétés savantes. Après avoir entendu les renseignements officiels fournis par M. le professeur

Gariel, rapporteur général des congrès et conférences de 1889, le Comité s'est occupé de la date du Congrès. Vous savez que, primitivement, il avait été décidé que l'on se réunirait du 19 au 24 août ; mais de nombreux directeurs des asiles de province ont réclamé contre cette date qui se trouve être celle de la réunion des conseils généraux. Le Comité a tenu compte de ces justes réclamations et a reporté le Congrès à la première semaine du mois d'août : il s'ouvrira donc le lundi 4 août pour finir le samedi 10 août.

La question du local où se tiendront les séances n'est pas encore résolue. Comme il nous sera impossible d'avoir le grand amphithéâtre de l'École de médecine où se tiendra, du 5 au 10 août, le Congrès d'hygiène et de démographie, on a proposé de faire des démarches auprès du conseil municipal de Paris pour obtenir une des salles de l'Hôtel-de-ville ; et si cette faveur ne pouvait nous être accordée, on s'adresserait à M. l'Administrateur du Collège de France pour un des amphithéâtres de cet établissement. Ces démarches seront faites dans le plus bref délai possible, pour que nous soyons définitivement fixés sur ce point important.

Enfin, le Comité s'est occupé des excursions scientifiques qu'il y aurait lieu d'organiser. Il a été résolu qu'on les réduirait à deux : la première à l'asile Sainte-Anne ; la seconde à l'asile de Villejuif.

M. Magnan propose de faire visiter aussi aux membres du Congrès le service d'idiots de M. Bourneville à l'hospice de Bicêtre.

Cette proposition est adoptée.

Par une lettre en date du 26 mars 1889, M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a accordé à la Société médico-psychologique l'autorisation de tenir le Congrès international de médecine mentale dans un des amphithéâtres du Collège de France.

MEMBRES ADHÉRENTS FRANÇAIS

MM. Adam (Aloyse), médecin directeur de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain).

Baillarger, membre de l'Académie de médecine, à Paris.

Ball, professeur de médecine mentale à la Faculté de médecine, à Paris.

Ballet (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, à Paris.

Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Barbier, premier président à la Cour de cassation, président du conseil de surveillance des asiles de la Seine.

Baume, médecin directeur honoraire des asiles d'aliénés.

Bécoulet, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Dôle (Jura).

Belle, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, à Yzeure (Allier).

Blanche, membre de l'Académie de médecine, à Paris.

Boiteux (G.), médecin adjoint de l'asile d'aliénés (colonie de Fitz-James), Clermont (Oise).

Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, Paris.

Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Bransoulié, directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Briand (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Bruand, interne en médecine à la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

Boudrie, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Brunet (Daniel), médecin directeur de l'asile d'Evreux (Eure).

Caillau, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariègé).

Calmeil, médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton.

Camuset, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).

MM. Carrier (Albert), médecin des hôpitaux de Lyon (Rhône).
Charpentier, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Chaslin (Ph.), médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre.
Christian, médecin de la maison nationale de Charenton.
Collineau, médecin, à Paris.
Cortyl (Édouard), médecin directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).
Cortyl (Germain), médecin directeur de l'asile d'Alençon (Orne).
Cotard, médecin de la maison de santé de Vanves (Seine).
Cottignies (Paul), avocat général à Besançon (Doubs).
Cullerre, médecin directeur de la Roche-sur-Yon (Vendée).
Dagonet (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.
Danis (Paul), médecin directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Dauby, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Delaporte, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).
Delasiauve, médecin honoraire de la Salpêtrière.
Deny, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Déricq (Lucien), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne).
Donnet, médecin, sénateur.
Doursout, médecin directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Doutrebente, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
Dubiau, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord).
Dubuisson (Paul), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, Paris
Dufour, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère).
Dupain, médecin, à Paris.
Espiau-de-Lamaestre, médecin directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine.
Fabre, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).
Falret (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris.
Faucher, médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

MM. Favreau, ancien médecin assistant de la Métairie de Nyons (Suisse).

Febvré, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).

Féré (Ch.), médecin de l'hospice de Bicêtre.

Frièse, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

Gallopain (Clovis), médecin directeur de l'asile d'aliénés de Fains (Meuse).

Garnier (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police, à Paris.

Giraud (Albert), médecin directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Guignard, directeur honoraire des asiles d'aliénés, à Paris.

Guyot, médecin directeur de l'asile de Châlons-sur-Marne (Marne).

Horrie, sous-directeur de la maison nationale de Charenton.

Hospital, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Journiac, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Klein, médecin, à Paris.

Labitte (Gustave), ancien médecin d'asile d'aliénés, à Clermont (Oise).

Langlois, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Laurent, ex-médecin en chef des asiles publics d'aliénés, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Rouen (Seine-Inférieure).

Legrain, médecin de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Legras, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de Police, à Paris.

Lemoine (Georges), médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, agrégé de la Faculté de médecine de Lille (Nord).

Louis, médecin en chef de l'asile des aliénés de Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).

Luys, membre de l'Académie de médecine, à Paris.

Mabille, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Lafond-lès-la-Rochelle (Charente-Inférieure).

Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Malfilatre (Aug.), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

MM. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).

Maret, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auch (Gers).

Martinenq, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Mazeau, sénateur, président de la commission consultative de la maison nationale de Charenton.

Meilhon, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Meuriot, médecin de maison de santé privée, à Paris.

Monod (Henri), directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, au ministère de l'Intérieur, à Paris.

Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe).

Motet, médecin de la maison d'éducation correctionnelle et d'un établissement privé pour les aliénés, à Paris.

Pagès (Louis), médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Laroche-Gandon (Mayenne).

Parant, médecin de maison de santé privée, à Toulouse (Haute-Garonne).

Paris (Alexandre), médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne).

Péon, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente).

Petrucci, médecin directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Peybernès, médecin directeur de l'asile de Bourges (Cher).

Pierret, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône).

Pinel (Charles-Philippe), médecin, à Paris.

Planat, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, à Saint-Pons, près Nice (Alpes-Maritimes).

Pons, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux (Gironde).

Pottier (Paul), médecin directeur de maison de santé, à Paris.

Raffegeau, médecin, à Paris.

Ramadier, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Régis (Emmanuel), médecin directeur de la maison de santé de Castel d'Andorte, le Bouscat (Gironde).

MM. Regnard (Albert), inspecteur général des établissements de bienfaisance, à Paris.

Rey (Ph.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton.

Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

Rousseau, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre, (Yonne).

Roussel (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine, à Paris.

Roux, médecin en chef du quartier des aliénés des hospices d'Agen (Lot-et-Garonne).

Saury, médecin directeur de la maison de santé de Suresnes (Seine).

Schils, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Séglas, médecin suppléant de l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

Semelaigne, médecin directeur de la maison de santé de Neuilly-sur-Seine.

Semelaigne (René), chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.

Taguet, médecin directeur de l'asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).

Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Tissié (Philippe), sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Vallon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

Varigny (de), docteur ès sciences, délégué du gouvernement de l'île Hawaï.

Vétault (Victor), médecin adjoint de maison de santé, à Paris.

Viret, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne).

Voisin (Auguste), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

Voisin (Jules), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

MEMBRES ADHÉRENTS ÉTRANGERS

MM. Azzurri (Francesco), architecte, à Rome (Italie).

Bajénoff (A.), médecin directeur de l'asile d'aliénés de Riazanne (Russie).

Barbavara, délégué du Comité italien de l'Exposition universelle.

Benedikt, professeur à la Faculté de médecine de Vienne (Autriche).

Bettencourt-Rodrigues, directeur de la *Revista de névrologia et psychiatria*, à Lisbonne (Portugal).

Bonmariage (Arthur), médecin, à Bruxelles (Belgique).

Bourque (E.J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal, Canada (Amérique).

Cabred (Domingo), médecin de l'hospice des aliénés, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres (République Argentine).

Candèze (Ernest), directeur médecin de l'asile d'aliénés de Glain, Liège, par Aus (Belgique).

Clark-Bell, président de la Société médico-légale de New-York (Amérique).

Collignon, médecin, à Bruxelles (Belgique).

Crothers, directeur du *Quarterly journal of Inebriety*, Hartford, Connecticut (États-Unis).

Cuylits, médecin en chef de l'asile d'Evère, à Bruxelles (Belgique).

Dekterew (N.), médecin de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Saint-Pétersbourg (Russie).

Desguin (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique.

MM. Drill (Dimitri), à Moscou (Russie).

Duquet, président du bureau médical de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe, près Montréal, au Canada (Amérique).

Esquerdo (J.M.), directeur de l'asile d'aliénés de Carabanchel, à Madrid (Espagne).

Esquerdo (Santiago), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Carabanchel, à Madrid (Espagne).

Florès (Manuel), délégué du gouvernement du Mexique.

Furske (Oringe), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vordingborg (Danemark).

Giacchi (Oscar), directeur du manicome provincial de Cunéo, à Racconigi (Italie).

Korsakoff, privat-docent à l'Université de Moscou (Russie).

Ladame (Paul), privat-docent à l'Université de Genève (Suisse).

Laehr (Hans), médecin de l'asile de Schweizerhof, près Berlin (Prusse).

Laufenauer, professeur de maladies mentales et nerveuses à l'Université de Buda-Pesth (Hongrie).

Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain (Belgique).

Lentz, directeur général au ministère de la justice, à Bruxelles (Belgique).

Lubelski, à Varsovie (Russie).

Maeck-Maertens, directeur de maison de santé, à Bruxelles (Belgique).

Meyer (Henry), architecte intendant de l'hôpital S. Hans, à Roskilde (Danemark).

Morel (Jules), médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand (Belgique).

Muniz, délégué du gouvernement du Pérou.

Orchansky, professeur agrégé de l'Université de Kharkow (Russie).

Peeters, médecin inspecteur de la colonie de Gheel (Belgique).

Penafiel (Antonio), délégué du gouvernement du Mexique.

Ramirez (José), délégué du gouvernement du Mexique.

Ramos (Gonsalves J.), médecin du Sanatorium de Barbacena, à Minas (Brésil).

Repond, médecin directeur de l'hospice d'aliénés de Marsens, à Fribourg (Suisse).

Rioseco (Daniel), délégué du Gouvernement du Chili.

MM. Rode (Léon de), médecin suppléant des asiles d'aliénés à Louvain (Belgique).

Semal, médecin directeur de l'asile d'aliénées de l'État, à Mons (Belgique).

Sikorski, professeur à l'Université de Kiew (Russie).

Soutzo, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest (Roumanie).

Souza Leite, délégué du gouvernement brésilien.

Steenberg (Valdemar), médecin en chef de l'hôpital S. Hans, à Roskilde (Danemark).

Sweens, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Vorburg à Vucht, près Bois-le-Duc (Hollande).

Tokarsky, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou (Russie).

Vallée (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec, (Canada).

Vassitch (Milan-Vlad.), médecin de département, à Tchoupria (Serbie).

Verga, sénateur, délégué du gouvernement italien.

Wellenberg, médecin, à Amsterdam (Hollande).

COMPOSITION DU BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. BAILLARGER, CALMEIL et DELASIAUVE.

Président :

M. J. FALRET.

Vice-Présidents :

MM. BENEDIKT (Autriche-Hongrie).
MOREL et SEMAL (Belgique).
STEENBERG (Danemark).
SOUTZO (Roumanie).
DEKTEREW (Russie).
SOUZA-LEITE (Brésil).
CABRED (République Argentine).
BALL, MAZEAU et Th. ROUSSEL (France).

Secrétaire général :

M. RITTI.

Secrétaires des séances :

MM. CHARPENTIER et Paul GARNIER.

SÉANCE D'OUVERTURE, LE LUNDI 5 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr J. FALRET

SOMMAIRE : Constitution du bureau du Congrès. — Discours de M. le Dr Falret, président du Congrès. — Allocutions de MM. Th. Roussel, Mazeau, Benedikt et Soutzo. — Liste des délégués au Congrès. — Correspondance. — DES OBSESSIONS AVEC CONSCIENCE (intellectuelles, émotives et instinctives), par M. J. Falret : M. Semal. — DEUX OBSERVATIONS, CHEZ DEUX DÉGÉNÉRÉS HÉRÉDITAIRES, D'IMPULSIONS CONSCIENTES A DES ACTES DE VIOLENCE VIS-A-VIS D'EUX-MÊMES, par M. Camuset. — DES BASES D'UNE BONNE STATISTIQUE INTERNATIONALE DES ALIÉNÉS. Rapport sur les travaux des délégués de la Commission internationale nommée au Congrès d'Anvers, en 1885, par M. J. Morel ; discussion : MM. Paul Garnier, Christian, Cabred, Charpentier, Régis, Semal, Clark-Bell, Marcel Briand, Ball, Laurent. — Vote.

La séance est ouverte à trois heures, dans le grand amphithéâtre du collège de France.

M. LE Dr J. FALRET, *président du Comité d'organisation.* — Messieurs, je déclare ouvert le Congrès international de médecine mentale de 1889. Avant de commencer nos travaux, nous devons procéder à la constitution du bureau définitif. Vous avez à nommer un président, plusieurs vice-présidents, un secrétaire général et des secrétaires des séances.

L'assemblée nomme par acclamation :

Présidents d'honneur :

MM. BAILLARGER, CALMEIL et DELASIAUVE.

Président :

M. J. FALRET.

Vice-Présidents :

MM. BENEDIKT (Autriche-Hongrie) ; MOREL et SEMAL (Belgique) ; STEENBERG (Danemark) ; SOUTZO (Roumanie) ; DEKTEREW (Russie) ; SOUZA-LEITE (Brésil) ; CABRED (République Argentine) ; BALL, MAZEAU et Th. ROUSSEL (France).

Secrétaire général :

M. Ritti.

Secrétaires des séances :

MM. Charpentier et Paul Garnier.

DISCOURS D'OUVERTURE

M. le Dr Falret, *président.* — Messieurs, en vous remerciant du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider, cette année, le Congrès de médecine mentale, mon premier devoir est de souhaiter la bienvenue, au nom du bureau tout entier, à nos collègues français et étrangers qui ont bien voulu répondre à notre appel et contribuer, par leur présence et leur active coopération, au succès et à l'éclat de cette solennité scientifique internationale.

Je dois également payer un tribut d'hommages à nos trois présidents d'honneur, MM. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, derniers représentants des générations qui nous ont précédés, vétérans de notre science spéciale, encore pleins de vie et d'activité scientifique, qui ont contribué aux progrès de notre spécialité depuis de longues années et qui s'intéressent encore si vivement à ses nouvelles conquêtes et à ses progrès. Je dois, en outre, un hommage spécial à M. Baillarger, qui a présidé avec tant de zèle notre précédent Congrès en 1878, et un souvenir ému et reconnaissant à la mémoire de mon maître et ami si regretté, le professeur Lasègue, qui, comme vice-président, a pris une part si active au Congrès de 1878, dont la parole si autorisée nous fera malheureusement défaut dans cette enceinte et dont, pour ma part, les conseils et l'appui m'auraient été si nécessaires dans la direction de nos travaux.

Les Congrès se multiplient aujourd'hui dans toutes les branches des connaissances humaines. Ce n'est pas là le résultat du hasard et cela prouve leur utilité. Non seulement, en effet, ils servent à l'avancement de la science, en provoquant des recherches nouvelles, en stimulant le zèle des travailleurs de tous les pays et en

fécondant les travaux des intelligences isolées par le frottement avec des esprits différents, en les mettant en contact avec des directions différentes de la science; mais ils favorisent singulièrement le progrès par les échanges d'idées et les relations personnelles qu'ils établissent entre les travailleurs de tous les pays qui, sans eux, n'auraient aucune occasion de se connaître et de se perfectionner les uns par les autres. De plus, les congrès marquent en quelque sorte une date qui sert à fixer l'état de la science, à un moment donné, sur les diverses questions soumises à la discussion. Ils constituent en quelque sorte des points de repère qui permettent de préciser avec plus de netteté les diverses étapes parcourues par la science dans sa marche constante vers le progrès.

C'est là ce que nous devons faire aujourd'hui, en établissant rapidement le bilan des acquisitions de la médecine mentale en France depuis cinquante ans.

Depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, les doctrines de nos maîtres, Pinel et Esquirol, ont dominé, d'une manière absolue, la médecine mentale. Elles ont servi de guide à trois générations uniquement occupées à en perfectionner les détails, sans chercher à ébranler les bases sur lesquelles elles reposaient. Il est rare de voir ainsi des doctrines scientifiques assez solidement assises pour résister aux efforts successifs de trois générations, et c'est là le spectacle que nous a offert l'histoire de la médecine mentale en France, depuis le jour où Pinel et Esquirol lui ont imprimé une si puissante impulsion. Pourtant, de nombreux travaux ont été accomplis depuis cette époque, qui ont contribué puissamment à ébranler cet édifice en apparence si solidement construit.

Et d'abord, la création de la paralysie générale, qui constitue la découverte la plus importante du siècle dans la médecine mentale, a été la première brèche faite à ces doctrines et à la classification de nos maîtres. Établir, en effet, par la comparaison d'un nombre considérable de faits bien observés, qu'il existe une maladie cérébrale spéciale, caractérisée par des symptômes physiques bien déterminés, par des phénomènes psychiques spéciaux, par des lésions anatomiques bien caractérisées et par une évolution particulière, réunissant dans son sein les quatre formes principales de la classification de nos maîtres, mais en imprimant à chacune d'elles un cachet particulier en rapport avec la maladie spéciale qui leur donnait naissance, c'était la plus grave atteinte que l'on pouvait diriger contre les bases mêmes sur lesquelles reposait cette classification !

Il en a été de même des études plus approfondies faites sur l'alcoolisme aigu et chronique, depuis Magnus Huss jusqu'à nos jours, et qui ont été une nouvelle atteinte apportée à la classification régnante, en démontrant qu'une cause unique, l'influence de l'alcool, pouvait imprimer des caractères spéciaux aux quatre formes principales de cette classification : la manie, la mélancolie, la monomanie et la démence.

La découverte de la folie circulaire, ou folie à double forme, faite par mon père et par M. Baillarger en 1854, a été une attaque plus grave encore contre cette classification, puisqu'elle a démontré que les deux formes principales, considérées comme essentiellement distinctes l'une de l'autre, pouvaient se succéder régulièrement chez le même individu, et, au lieu de constituer deux espèces vraiment naturelles de maladies mentales, ne représentaient plus que deux états symptomatiques susceptibles de se transformer l'un dans l'autre.

La description du délire de persécution, séparé d'abord par Lasègue, en 1852, du grand groupe des mélancolies d'Esquirol, pour constituer une espèce particulière de maladie mentale, étudiée, depuis lors, dans ses périodes successives et dans son évolution naturelle, a été une nouvelle atteinte apportée à la classification de nos maîtres.

Enfin, le plus grand coup qui ait été porté à ces doctrines générales a été celui que Morel est venu leur porter, par sa théorie générale des dégénérescences et par sa classification étiologique qui a été le point de départ des modifications les plus importantes accomplies depuis lors dans la médecine mentale.

Si nous ajoutons à tous ces faits importants, les études faites sur le délire épileptique et l'épilepsie larvée, les travaux sur les délires émotifs, la folie avec conscience, la folie du doute et le délire du toucher ; si nous y joignons les travaux considérables accomplis, depuis la découverte de Broca, sur l'aphasie et ses diverses variétés, et sur les localisations cérébrales, par Charcot et par son école de la Salpêtrière, qui ont réagi sur toute la pathologie cérébrale, ainsi que les recherches de Lasègue, sur les cérébraux et les traumatismes du cerveau, sans parler de beaucoup d'autres travaux importants accomplis dans ces dernières années, et sur lesquels il nous est impossible d'insister dans cette revue trop rapide pour être complète, nous pouvons dire avec vérité que notre science spéciale, qui a encore conservé pour la forme les dénominations de nos maîtres et une apparente immobilité,

a singulièrement progressé depuis 1840, date de la mort d'Esquirol. Un mouvement considérable s'est produit depuis lors dans la pathologie mentale, mouvement puissant auquel nous assistons aujourd'hui, qui va grandissant de jour en jour, dont nous ressentons à chaque instant de nouvelles secousses et qui aboutira bientôt à la destruction complète de l'édifice élevé par nos maîtres depuis le commencement de ce siècle. Ce monument est aujourd'hui ruiné de toutes parts. Toutes les divisions intérieures sont détruites ou déplacées ; on a modifié toutes les délimitations et toutes les distributions intérieures ; on n'a laissé subsister que la façade, qui est elle-même lézardée, mais qui conserve encore toutes les apparences de l'ancien édifice et peut donner l'illusion de sa conservation intérieure.

Mais nous sommes dans une période de transition et de transformation scientifique qui doit aboutir tôt ou tard au renversement complet de l'édifice.

Nous n'attendons plus que la main puissante d'un nouvel architecte capable, non seulement de le renverser, mais d'en construire un nouveau destiné à le remplacer, car on ne détruit réellement que ce que l'on remplace.

Des tentatives variées ont été faites dans ce sens depuis une dizaine d'années et ont déjà produit des résultats partiels très dignes d'attention. Mais le travail d'ensemble n'existe pas encore. Nous avons fait, depuis cinquante ans, de véritables découvertes sur les terrains nouveaux de la pathologie mentale. Nous avons parcouru des territoires inconnus jusque-là, dont nous avons mieux étudié les contours, la topographie et les délimitations. Nous avons conquis de nouvelles provinces dans le domaine de la médecine mentale, et nous devons conserver avec soin ces conquêtes, sans permettre qu'on vienne nous les enlever parce qu'elles sont désormais acquises à la science. Mais il est beaucoup d'autres régions mal connues, mal étudiées ou incomplètement explorées dont la découverte appartient encore à l'avenir. Nous sommes loin d'avoir parcouru complètement le vaste domaine de notre science spéciale. N'oublions donc pas que nous sommes dans une période de transition et de transformation, et ne nous livrons pas à des généralisations hâtives et prématurées. Contentons-nous de ce que nous avons déjà acquis et unissons tous nos efforts pour arriver à de nouvelles découvertes et pour cultiver en commun le vaste champ de la science. Nous ne sommes pas encore arrivés à l'époque des formules définitives et d'une systé-

matisation générale. Gardons-nous donc, par dessus toutes choses, d'un dogmatisme prématuré et des formules trop arrêtées d'une science encore incomplète. Évitons surtout de nous renfermer dans un cercle d'idées trop étroit, qui arrêterait le mouvement de la science au lieu de le favoriser, et ne promulguons pas les dogmes d'une petite église exclusive et systématique qui, en excommuniant tous les dissidents, comme des hérétiques, enrayerait la marche de la science, au lieu de contribuer à son avancement et à ses progrès ! (*Applaudissements.*)

M. Th. Roussel, *sénateur, membre de l'Académie de médecine.* — Messieurs, je suis profondément touché de l'honneur que vous venez de me faire en me nommant vice-président de votre Congrès, et je vous en remercie bien sincèrement. Cet honneur s'adresse surtout au sénateur, rapporteur du projet de loi revisant la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Ce projet de loi est actuellement soumis à une commission de la Chambre des députés, qui a introduit des modifications au travail du Sénat. Je citerai tout particulièrement la question de la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels. Le Sénat, vous le savez, a consacré les articles 36 à 40 de son projet de loi à cet important sujet; mais il n'a pas été suivi dans cette voie par la commission de la Chambre des députés, qui a repoussé cette innovation. Comme, par suite de ces dissidences, de nouveaux débats s'ouvriront sur ce projet de loi dans le Sénat, je compte bien profiter des lumières que ne sauront manquer d'apporter les importantes communications et discussions qui sont à l'ordre du jour de votre Congrès. (*Applaudissements.*)

M. Mazeau, *sénateur, président de la commission consultative de la maison nationale de Charenton*, remercie le Congrès de l'honneur qui lui est fait d'être un de ses vice-présidents. (*Applaudissements.*)

M. Bénédikt, *de Vienne.* — Au nom de tous nos collègues étrangers que vous venez d'acclamer membres du bureau du Congrès, je vous remercie, Messieurs, de l'insigne honneur qui nous est fait. (*Applaudissements.*)

M. le professeur Soutzo, *de Bucarest (Roumanie).* — Messieurs, je salue, au nom de mon pays, les membres du Congrès international de médecine mentale, et en particulier les membres du Comité organisateur du Congrès. Je viens parmi vous, non, comme jadis, il y a bientôt trente ans, en simple étudiant, avide d'être initié aux graves problèmes de la science médicale, avide de voir ensei-

gaer et pratiquer les grands maîtres de la science française; je viens cette fois, en qualité de membre délégué du corps médical roumain, rendre hommage aux aliénistes français et célébrer avec eux le centenaire de l'émancipation des aliénés. Pinel, Messieurs, il y a cent ans, brisait les chaînes auxquelles était rivée cette classe d'infortunés. A vous, Messieurs, au Congrès de 1889 incombe la noble tâche de proclamer la réhabilitation de l'aliéné. Comme un individu qu'une erreur judiciaire a condamné à une peine infamante, de même l'aliéné réclame aujourd'hui, par la voix de ceux qui vivent avec lui, qui l'aiment et le soignent, sa réhabilitation devant la famille et la société. Vous tous, Messieurs, qui avez passé ou qui passez des années entières au milieu de ces infortunés, cherchant à calmer leur délire, à leur inspirer du courage, à les consoler dans leur désespoir, vous savez comme moi, et assurément mieux que moi, qu'ils sont dignes d'être réhabilités après la peine de la réclusion, du supplice et de la mort, à laquelle ils ont été soumis pendant une série de longs siècles. Vous savez, dis-je, mieux que moi, combien leur est nécessaire un peu de liberté et combien leur est plus nécessaire encore le travail de tous les jours. N'est-ce pas là, Messieurs, les deux lois qui régissent l'humanité, le travail et la liberté? Pourquoi donc maintenir plus longtemps, dans ce siècle de liberté et de fraternité, des barrières infranchissables entre l'aliéné et la famille et la société, et pourquoi ne pas lui permettre que par son travail, quelque inintelligent qu'il soit, il puisse gagner son pain quotidien? Ne voyons-nous pas tous les jours la suppression brusque de la liberté aggraver le mal et hâter la démence, et ne voyons-nous pas une sortie provisoire guérir la maladie, comme par enchantement, et ne voyons-nous pas le délire le plus agité céder au travail et à l'occupation?

Non, Messieurs, ce n'est pas aux membres de ce Congrès qui doit un peu son existence au centenaire de la proclamation des droits de l'homme, ce n'est pas, dis-je, à ce Congrès, de se soustraire à l'obligation d'apporter des réformes salutaires aux aliénés, et par là salutaires et profitables à toute la société. Ce n'est pas le moment de m'expliquer plus longuement sur les éléments dont se compose cette question. Dans le cours de nos travaux chacun de nous viendra assurément vous soumettre son sentiment et ses vues. Je me borne seulement à vous exprimer ma profonde conviction en deux mots, que le traitement actuel des aliénés est partout absolument insuffisant à leur guérison; qu'il ne correspond pas aux récentes acquisitions de la psychiatrie, et qu'il ne répond

pas aux principes de la société moderne qui sont la liberté et le travail pour tous. N'allez pas croire, Messieurs, je vous prie, que les droits et les réformes que je réclame en faveur des aliénés sont un effet d'un sentimentalisme inopportun, que c'est une vue fausse de mon esprit, que c'est un idéal impossible à réaliser. Non, Messieurs, la pitié immense que mon cœur ressent pour la cause des aliénés et partant les réformes que je réclame en leur faveur, c'est à une expérience de vingt années que je la dois, et puis, je la dois encore et surtout à votre enseignement et à vos œuvres incomparables. Je n'oublierai jamais ces paroles, Messieurs, et comment les oublierais-je, puisque je les ai inscrites à la tête d'un de mes livres, ces paroles que disait à un de ses élèves, il y a plus de trente ans un savant aliéniste français, le père de l'éminent président du Congrès? Vous voulez, disait-il, vous consacrer au traitement des aliénés; eh bien, préparez vous à vivre pendant quarante ans et sans relâche d'une vie de labeur, de courage, de vertu et d'abnégation; à ces conditions seulement vous serez digne de servir la cause des aliénés. C'est donc dans vos propres œuvres, dans votre enseignement, dans les mémorables débats de la Société médico-psychologique de Paris, que nous devons puiser la pitié pour la pire des infortunes, c'est là que nous devons chercher les bases des réformes nécessaires au traitement des aliénés, et c'est par là que nous devenons, nous autres médecins étrangers, en pratiquant ces préceptes, utiles à notre pays, qui à son tour vous exprime par notre voix son immense gratitude. Mais ce n'est pas là l'unique motif de notre reconnaissance, et je parle encore au nom de la Roumanie, c'en est un autre plus vif et plus intime: c'est l'éducation intellectuelle et scientifique que vous nous avez donnée et, dans l'espèce, les notions que nous avons acquises par vous et vos prédécesseurs, les Ferrus, les Falret, les Baillarger, les Morel, les Foville, les Lasègue et tant d'autres. La France, et surtout la ville de Paris, si hospitalière pour tous, comme une sœur aînée envers sa sœur cadette, a été de tout temps généreuse envers la Roumanie, en ouvrant à ses enfants ses écoles et ses facultés, ses hôpitaux et ses sociétés. Ce qui nous donne le courage d'espérer toujours en elle et de me permettre de venir encore une fois la saluer au nom de mon pays. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Secrétaire général pour faire connaître la liste des délégués au Congrès.

LISTE DES DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, voici la liste des délégués que les gouvernements et les sociétés savantes ont bien voulu envoyer à notre Congrès :

Société de médecine mentale de Belgique : MM. LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain ; MOREL, médecin en chef de l'hospice Guislain, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés de Belgique ; PEETERS, médecin en chef de la colonie de Gheel ; SEMAL, médecin directeur de l'asile d'aliénées de Mons.

Société médico-légale de New-York : M. CLARK BELL, président de cette Société.

Les gouvernements de *Belgique* : MM. LENTZ et CUYLITS ; du *Danemark* : MM. STEENBERG et FURSKE ORINGE ; d'*Italie* : MM. le sénateur VERGA et BARBAVARA ; du *Portugal* : M. BETTENCOURT-RODRIGUES ; de la *Roumanie* : M. le professeur SOUTZO.

Les gouvernements de l'Amérique sont presque tous représentés à notre Congrès : le *Brésil*, par M. SOUZA LEITE ; le *Chili*, par M. Daniel RIOSECO ; le *Mexique*, par MM. Manuel FLORÈS, Antonio PENAFIEL et José RAMIREZ ; le *Pérou*, par M. Manuel MUNIZ et la *République Argentine*, par M. DOM. CABRED.

Enfin, le gouvernement des *Iles-Hawaï* s'est fait représenter par M. le D[r] DE VARIGNY.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai été chargé par le Comité d'organisation d'adresser des invitations au Congrès, à MM. les représentants des administrations du ministère de l'Intérieur, de la préfecture de la Seine, de la préfecture de police et de l'Assistance publique de Paris. Toutes les réponses qui m'ont été faites sont des plus flatteuses pour l'œuvre entreprise ; toutes contiennent des vœux pour son succès. Presque tous nos invités ont promis d'assister à quelques-unes de nos séances, où se discuteront les questions qui les intéressent. M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, nous a même promis de faire une communication. M. Barbier,

premier président à la Cour de cassation, qui a pris une part si active au Congrès de 1878, tout en m'exprimant ses regrets de ne pouvoir assister à la séance d'ouverture, compte bien assister à quelques-unes des séances suivantes et en particulier à celle où sera discutée la question de la législation sur les aliénés. Nous espérons qu'il voudra bien prendre part à la discussion que ne pourra manquer de soulever le rapport de M. le professeur Ball.

Parmi les médecins inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, M. A. Regnard est seul en mesure de pouvoir assister à nos séances. Ses collègues, MM. Napias et Drouineau, ont eu le regret de s'excuser.

Je dois enfin vous communiquer les lettres d'excuses de M. le sénateur Andréa Verga, président de la Société phréniatrique d'Italie, de M. le Dr Clouston, président de l'Association médico-psychologique anglaise, et de M. le Dr Hack-Tuke. Le savant directeur du *Mental science* souhaite, et nous l'en remercions, au Congrès de 1889 le même succès qu'a obtenu celui de 1878 — succès auquel il a contribué pour sa part, permettez-moi de le rappeler. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour porte sur la première question du programme, celle de pathologie : *Des obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives)*. Je vais donner lecture du mémoire dont j'ai été chargé par le Comité d'organisation.

DES OBSESSIONS AVEC CONSCIENCE

(INTELLECTUELLES, ÉMOTIVES ET INSTINCTIVES)

M. J. FALRET. — Le domaine de la pathologie mentale s'agrandit tous les jours de plus en plus.

Autrefois, chez un malade, l'absence de conscience de son état de maladie était considérée comme le critérium absolu permettant de distinguer nettement l'état de folie de l'état de raison, et figurait même comme caractère essentiel dans la définition de la folie. Esquirol, mon père, M. Baillarger, se sont exprimés à cet égard de la façon la plus formelle, et c'était un aphorisme accepté par tous les médecins spécialistes, depuis le commencement de ce siècle, que la conscience de son état excluait nécessairement l'idée de maladie mentale.

Cependant, malgré des définitions théoriques aussi absolues, les observations particulières consignées dans les auteurs men-

tionnaient quelquefois la conscience de l'état de maladie comme symptôme de certaines variétés de la folie. Dans Esquirol lui-même, on trouve ce fait signalé dans quelques observations, et il est également constaté de temps en temps dans les ouvrages de tous les élèves d'Esquirol. M. Baillarger lui-même a publié une observation sous le titre caractéristique de «folie avec conscience», et, depuis cette époque, tous les auteurs français et étrangers ont admis que la conscience de son état pouvait se rencontrer dans un certain nombre de cas d'aliénation mentale [1].

La folie avec conscience a donc acquis maintenant droit de cité dans la science, et le mot est aujourd'hui généralement accepté par les aliénistes de tous les pays. Mais si tous acceptent le fait d'observation qui est incontestable, tous ne reconnaissent pas ce caractère comme devant servir de base à la constitution d'une espèce particulière de maladie mentale.

La question est donc à l'étude et mérite de devenir l'objet de l'attention des aliénistes. C'est pourquoi nous avons cru devoir la soumettre à l'examen du Congrès.

Dans ce rapport très abrégé, mon but n'est pas d'étudier cette question d'une manière approfondie, mais de signaler brièvement les points qui me paraissent les plus dignes de fixer votre attention. Tout le monde reconnaît aujourd'hui, en France et à l'étranger, qu'il existe un assez grand nombre de cas d'aliénation mentale, surtout caractérisés par des idées, des émotions ou des impulsions qui s'imposent à l'esprit, d'une manière pathologique et irrésistible. Les malades ont parfaitement conscience de leur état; ils reconnaissent la nature maladive des phénomènes qu'ils éprouvent, mais ils ne peuvent parvenir à s'en débarrasser. Ces idées, ces émotions ou ces impulsions dominent leur existence tout entière ; elles réagissent sur tous leurs actes et sur toute leur conduite et modifient toute leur manière de vivre. Ils luttent contre elles avec énergie, ils cherchent à les repousser et à les combattre, mais elles s'imposent à eux, malgré eux, au point de les rendre incapables de toute autre préoccupation. Ces idées, ces émotions involontaires ou ces impulsions morbides, qui s'imposent à l'individu malade, qui dominent sa volonté et ses actes, ont été appelées par les Allemands, *Zwangs-Vorstellungen*, et elles sont généralement connues aujourd'hui sous le nom d'*Obsessions*, intellec-

(1) Delasiauve a même fait de la conscience de son état un caractère essentiel de la *pseudomonomanie*.

tuelles, émotives ou instinctives. Elles constituent la base de ce que Morel a décrit sous le nom de délire émotif, de ce que d'autres auteurs ont étudié sous le nom de *folie avec conscience*, de *folie du doute*, de *délire du toucher* ou de *folie instinctive ou impulsive*, et elles étaient connues autrefois sous les noms variés de monomanie instinctive, homicide, du vol, de l'incendie, etc., etc.

Ces états pathologiques variés doivent-ils être décrits séparément, à titre de forme spéciale de maladie mentale, sous le nom d'obsession ou de folie avec conscience ? doivent-ils être répartis, comme on le faisait autrefois, dans des formes différentes de maladies mentales ? ou bien enfin, doivent-ils être tous réunis, comme le voudraient M. Magnan et ses élèves, sous le nom générique, beaucoup trop vaste et trop étendu, de folie héréditaire ? Telle est la question que nous devons nous poser actuellement.

Le premier degré de l'obsession intellectuelle est presque un état physiologique. Chacun de nous, dans certains moments de fatigue ou de surexcitation du système nerveux, a observé chez lui-même ce phénomène que l'on éprouve également pendant le rêve. On est obsédé, malgré soi, par un mot, une phrase ou une idée qui vous revient constamment à la pensée, que l'on ne peut parvenir à chasser et qui s'impose à nous, malgré nous. Dans d'autres circonstances, c'est un mot ou un nom propre que l'on recherche obstinément dans ses souvenirs, et cette recherche involontaire et irrésistible nous obsède à un tel point que l'on se sent forcé de continuer cette recherche fatigante, quelquefois pendant des heures entières, jusqu'à ce que l'on ait fini par retrouver dans sa mémoire ce mot ou ce nom qui avait échappé à notre souvenir. C'est là le phénomène élémentaire de l'obsession que chacun de nous a éprouvé de temps en temps dans sa vie, et qui peut nous servir de comparaison pour comprendre ce qui se passe chez les aliénés. Il en est de même de certaines idées qui nous obsèdent souvent pendant longtemps et que nous ne pouvons parvenir à chasser. Tous les théologiens ont insisté sur ce fait psychologique, que nous ne sommes ni maîtres, ni responsables, des idées, des émotions ou des impulsions qui s'imposent à notre esprit involontairement. Ils ont même ajouté que la lutte intérieure, qui s'établit alors en nous, doit consister à repousser ces idées malsaines, à les combattre directement ou indirectement, et que notre responsabilité morale ne commence que lorsque nous entretenons ou encourageons ces idées mauvaises, au lieu de chercher à les repousser et à les combattre.

Un autre degré plus intense du même phénomène existe chez certains individus prédisposés et constitue déjà un phénomène anormal, une sorte d'idiosyncrasie psychique, sans pouvoir encore être considéré comme une preuve de folie. Certains individus, en effet, ont des terreurs ou des craintes instinctives dont ils ne sont pas les maîtres, et qui les dominent tellement qu'ils ne peuvent s'y soustraire et s'empêcher de céder à leur entraînement. Ainsi, par exemple, ils ne peuvent voir un rasoir, ou se raser eux-mêmes, sans se sentir poussés à se couper la gorge ; ils ne peuvent voir un couteau ou une épée, sans redouter de se sentir poussés à s'en servir contre eux-mêmes. Il en est de même de la vue d'une fenêtre qui inspire, à la fois, le désir et la crainte de se précipiter, de même que le séjour sur une tour élevée ou sur le bord d'un précipice détermine un véritable vertige moral de même nature.

Ce second degré du phénomène est déjà évidemment pathologique, mais il est encore compatible avec la raison et ne doit pas être confondu avec le degré plus avancé, qui constitue alors une véritable maladie mentale et rentre dans la série des faits de délire émotif ou de folie avec conscience.

Nous voulons parler de tous les faits qui ont été décrits depuis une trentaine d'années, comme autant de monomanies distinctes, sous les noms d'*agoraphobie* ou peur des espaces, de *claustrophobie* ou terreur des espaces étroits et fermés, d'*onomatomanie* ou besoin de répéter mentalement un mot, de *coprolalie*, d'*écholalie*, etc.

Quand ces états psychiques, évidemment anormaux et pathologiques, se passent dans le for intérieur, quand la volonté du malade peut encore les dominer ou les repousser, quand ils ne s'étendent pas à la sphère des autres idées et de la personnalité même de l'individu qui les éprouve, quand ils ne le poussent pas à l'action, et quand il ne réagissent pas sur sa conduite et sur son existence tout entière, on peut les considérer comme de simples états nerveux et non comme l'expression d'une véritable maladie mentale, ou d'une folie avec conscience. Mais il n'en est plus de même dans un grand nombre de cas rapportés par les auteurs français et étrangers, et qui sont maintenant bien connus dans la science.

Nous n'avons pas à insister ici sur ces faits, aujourd'hui très nombreux, que tous les médecins spécialistes sont appelés à observer dans leur clientèle privée, plus encore que dans les asiles publics, et qui ont été décrits sous les noms variés de *délire émotif*, de *folie avec conscience*, de *folie du doute*, de *délire du toucher*, et

enfin sous les noms de *syndromes épisodiques des maladies héréditaires*.

Notre but n'est pas d'entreprendre ici la description, même sommaire, de ces états psychiques variés. Elle nous entraînerait beaucoup trop loin et exigerait un mémoire spécial, ou même un volume.

Nous devons nous borner, dans ce rapport, à résumer le plus brièvement possible leurs caractères communs les plus habituels, en formulant quelques conclusions très courtes, que nous soumettons à la discussion du Congrès.

CONCLUSIONS

Les diverses variétés d'obsessions intellectuelles, émotives et instinctives, ont des caractères communs que l'on peut résumer ainsi :

1° Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie ;

2° Elles sont toutes héréditaires ;

3° Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes ;

4° Elles ne restent pas isolées, dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés ;

5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations ;

6° Elles conservent les mêmes caractères psychiques, pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysme et de rémission, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ;

7° Elles n'aboutissent jamais à la démence ;

8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — Je demande au Congrès de voter sur les conclusions du rapport dont je viens de donner lecture.

M. Semal (*de Mons*). — Messieurs, pour que nous votions en connaissance de cause, je crois qu'il serait préférable de faire imprimer ces conclusions et de renvoyer la discussion et le vote à une séance ultérieure. *(Adopté.)*

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Camuset pour la lecture d'un mémoire.

DEUX OBSERVATIONS,

CHEZ DEUX DÉGÉNÉRÉS HÉRÉDITAIRES, D'IMPULSIONS CONSCIENTES A DES ACTES DE VIOLENCE VIS-A-VIS D'EUX-MÊMES

M. Camuset, *médecin directeur de l'asile de Bonneval*. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation de deux malades, dégénérés héréditaires, présentant à un très haut degré ce phénomène morbide, apanage caractéristique de l'hérédité psychopathique, l'impulsion consciente. — Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la forme clinique des impulsions qui, chez les deux malades, mais surtout chez l'un d'eux, pouvait, et l'erreur a été commise, faire croire à une manie intermittente.

Il s'agit de deux sujets atteints, l'un de débilité mentale, l'autre d'imbécillité prononcée. Mais avant de rapporter leurs observations, je tiens à dire que les différents états morbides qu'ils ont présentés, les impulsions conscientes comme les autres, ne rentrent pas, selon moi, dans ces entités admises par plusieurs auteurs et qu'on désigne sous les noms de folie impulsive, folie instinctive. On ne doit les rattacher qu'à la dégénérescence intellectuelle dont ils sont des phénomènes, des syndromes: phénomènes qui peuvent apparaître, disparaître, coïncider, se remplacer, qui même parfois peuvent, par leur permanence, en imposer pour une sorte de manie, mais qui sont des syndromes et non des entités.

Observation I

Delphine G... a aujourd'hui trente-huit ans. Son père s'est suicidé dans un accès de mélancolie; il y avait des aliénés dans sa famille.

Dès son enfance, Delphine a montré une intelligence au-dessous de la moyenne. Elle a eu de la peine à apprendre à lire et à écrire. Elle présente quelques signes physiques de dégénérescence: asymétrie faciale, palais ogival, blésité. — Petite fille, elle était irascible, bizarre, sujette à des accès de tristesse non motivés. Elle appréhendait l'avenir. Le suicide de son père la frappa beaucoup, elle craignit de manquer de pain et de mourir de faim. Elle avait, à cette époque, des accès de fureur inquiétants, sans raison sérieuse.

Plus tard, elle fut prise d'une sorte de tic. Elle allongeait les bras par saccades, plusieurs fois par minute, et les repliait également par saccades. Assise, elle opérait, avec les membres inférieurs, le même genre de mouvements : le tout accompagné de pleurs et de gémissements. Elle se calma au bout de quelque temps et put reprendre son travail habituel, mais son caractère resta toujours étrange. Mélancolique et irritable, elle était fort déséquilibrée, quittait ses places sans motif, etc.

En 1876 (elle avait alors 25 ans), sans qu'il fût possible d'en trouver la cause, elle fut prise à nouveau de ces mêmes mouvements saccadés des membres et, en même temps, d'une véritable excitation maniaque. On dut la faire traiter à l'asile de Bonneval. Elle en sortit au bout de quelques mois, mais elle y rentra bientôt en 1877.

Depuis cette époque, Delphine G... est à l'asile et sa situation ne s'est guère modifiée. Telle elle est aujourd'hui, telle elle était il y a dix ans, quand je la vis pour la première fois. La seule différence consiste en ce que les phénomènes morbides qu'elle présente sont cependant plus intenses qu'alors.

Cette malade passe une bonne moitié de son existence dans un état de fureur particulier. Dans les intervalles, elle est douce, tranquille et ne délire pas. Mais aussitôt que sa crise la prend, elle devient furieuse, elle se plaint de souffrir partout. Elle jure, crie, menace. Elle supplie qu'on la soulage. En même temps, elle se fait le plus de mal possible. D'abord elle se contusionne la face et la poitrine à coups de poing, puis elle se frappe violemment la tête contre les meubles ou contre les murailles. Elle crie que « c'est plus fort qu'elle, que ça la pousse », et elle veut qu'on l'attache. Et, en effet, il faut l'attacher.

Le plus souvent, elle se fait attacher avant le paroxysme, et alors la crise est moins violente quand elle est fixée et dans l'impossibilité de se faire du mal.

Les crises, avec des rémissions et des exacerbations, durent des heures et parfois des jours entiers. La nuit, la malade dort, mais pas toujours, et il lui arrive de continuer à souffrir une partie de la nuit. Du reste, elle exige qu'on la camisole dans son lit : sinon elle ne pourrait s'endormir, ses angoisses renaîtraient.

Dans le jour, quand elle se sent mieux, elle demande qu'on la détache, ce qu'on s'empresse de faire.

Messieurs, je vous assure que je pratique le *no-restraint* dans la plus large mesure possible et que je n'ai recours aux différents moyens de coercition que dans de rares circonstances. Pour *ligoter* la moitié du temps, c'est le mot, une malade comme on ligote Delphine G..., il faut la conviction bien arrêtée qu'il serait impossible d'agir autrement.

On a installé, spécialement pour elle, une sorte de fauteuil de force dans une cellule. Ses membres sont fixés par des liens qui ne lui permettent que des mouvements restreints. Son tronc est également fixé au moyen de liens attachés, d'une part à son cor-

set, d'autre part aux parois de la cellule. Il est important, en effet, de s'opposer à des déplacements trop considérables du tronc pour empêcher la malade de se frapper la tête contre les bras du fauteuil. Enfin, le dossier est matelassé.

C'est un triste spectacle que celui de cette femme liée sur ce siège, et cependant, tant que la crise d'angoisse n'est pas passée, la malade supplie qu'on ne la détache pas.

Maintes fois, malgré ses prières, je l'ai fait détacher, mais j'ai toujours dû renoncer à mon expérience. Au bout de cinq minutes, elle avait de nombreuses et de fortes contusions à la tête, et je crois qu'abandonnée à elle-même, elle finirait par se fracturer le crâne. En effet, ne pouvant se heurter contre les meubles ou les murailles, elle écarte le foin qui recouvre le sol de la cellule, elle se couche sur le dos et elle se frappe de toutes ses forces l'occiput contre le plancher.

Pendant les accès, la moindre cause produit des exacerbations. Il suffit de parler à la malade, de lui dire de rester tranquille. Elle entre de suite en fureur et elle ne tarit pas d'injures. Mais au milieu de ses récriminations incohérentes, au milieu de ses injures grossières, toujours revient la manifestation d'un même état : elle souffre, elle a mal partout, elle voudrait mourir. — Elle est évidemment en proie à de l'angoisse, et la moindre excitation exaspère sa situation.

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est en somme de la fixer aussitôt qu'elle le demande et de la laisser ensuite parfaitement tranquille. Les accès sont alors moins longs et moins violents.

J'ai dit que depuis son arrivée à l'asile, c'est-à-dire depuis douze ans, ma malade était dans le même état, mais j'ai seulement voulu dire que depuis douze ans elle avait des accès plus ou moins fréquents d'angoisse avec impulsion à se frapper, à se faire du mal. Ces accès n'ont pas toujours eu l'intensité qu'ils ont aujourd'hui ; de plus, autrefois, ils étaient beaucoup plus espacés.

Il y a, du reste, des variations fréquentes dans l'état de la malade. D'abord, cet état s'aggrave et s'amende souvent sans qu'on puisse en trouver la cause. Ensuite, certaines excitations ont une influence nuisible évidente. Ainsi, Delphine G... est foncièrement jalouse. Quand une malade nouvelle arrive dans sa section, elle souffre davantage pendant plusieurs jours. Le même résultat se produit parfois quand on donne quelques douceurs à une de ses compagnes.

Quel est maintenant l'état mental en dehors des accès ? — Quand

la malade est tranquille, elle ne délire nullement, elle répond volontiers, mais on voit facilement que son intelligence est peu développée. Elle a cependant une assez bonne mémoire et l'on s'étonne parfois des détails précis qu'elle donne sur des événements anciens. Elle n'a ni éducation ni instruction. Elle se plaint de sa situation, de sa mère qui ne l'a jamais aimée, etc., le tout en termes grossiers. — On lui demande pourquoi elle n'est pas toujours ainsi calme et raisonnable. Elle répond que ce n'est pas sa faute, que « quand ça la prend, elle souffre de partout, qu'elle voudrait mourir et qu'il faut qu'elle se frappe de toutes ses forces, ça la pousse », ce sont ses expressions. Elle dit aussi que quand on l'attache, « ça la soulage et ça l'empêche de se faire trop de mal ».

Cette souffrance non localisée dont la malade ne peut déterminer la nature par des mots, c'est évidemment de l'angoisse. Angoisse et impulsion consciente, c'est un syndrome, syndrome de dégénérescence intellectuelle au premier chef. Cependant, par sa persistance, par la réaction spéciale de la malade, par sa forme clinique enfin, ce syndrome a pu être pris pour une manie intermittente avec prédominance d'idées de suicide.

Il y a pourtant de grandes différences entre l'état que je viens de décrire et un accès de manie. Je n'en citerai qu'une : on peut, même dans les paroxysmes, fixer l'attention de la malade. On n'a qu'à lui annoncer qu'on va la détacher. De suite, elle interrompt ses plaintes et ses injures pour vous supplier, et longuement, de n'en rien faire.

Observation II

Le second malade offre des symptômes, qui ont avec ceux que présente Delphine G... la plus grande analogie.

C'est un enfant âgé de onze ans, nommé Albert C... en traitement à l'asile de Bonneval depuis trois ans. Il est atteint d'imbécillité. Il a un caractère déplorable. Volontaire et irascible, il ne répond que quand il lui plaît. Sa santé physique est excellente, il est petit mais fort pour son âge. Il a une malformation crânienne marquée : asymétrie prononcée. Je n'ai pu avoir que peu de renseignements sur les antécédents héréditaires; il est né d'une fille mère, mariée depuis et dégénérée elle-même.

En ce moment, et depuis plusieurs mois, Albert C... n'a rien de remarquable. C'est un imbécile irritable et hargneux. Mais pendant près de dix-huit mois, il a présenté des phénomènes notables d'angoisse avec impulsions conscientes, et lui aussi a dû être fixé par des liens.

Son existence, pendant dix-huit mois, a été partagée en périodes irrégulières de tranquillité relative et d'anxiété avec pleurs, gémissements, plaintes et impulsions à se frapper, à s'arracher les cheveux, à se frotter jusqu'au sang, à se faire en un mot le plus de mal possible. — Avec cette particularité qu'il avait parfaitement conscience de son état et de ses impulsions et qu'il demandait à être maintenu aussitôt qu'il sentait venir la crise.

Les périodes de calme et d'anxiété alternaient sans aucune régularité. Parfois l'anxiété durait plusieurs jours consécutifs, d'autres fois quelques heures seulement; mais il ne se passait pas de jour qu'on ne dût recourir aux moyens de coercition.

Si on refusait d'obtempérer au désir de l'enfant qui demandait à être attaché, si on le laissait quand même libre sur son fauteuil ou dans son lit, il se mettait en peu de temps dans un état déplorable. Assis, il se frappait d'une façon rythmique la tête contre le bois de son siège, en geignant, en se plaignant et en grinçant des dents. Laissé volontairement un jour dans cette situation pendant quelques heures, je le trouvai ensuite avec deux énormes épanchements sanguins qui avaient décollé la moitié du cuir chevelu. — Couché, il se frottait la face contre les draps et de plus il s'écorchait le corps avec les ongles. Si on attachait seulement ses bras, il se frottait avec les ongles des orteils ou avec un genou et il parvenait toujours à s'enlever l'épiderme sur une large étendue.

Quand la crise était finie, il demandait qu'on le laissât libre.

Tous les moyens furent employés, et en vain, pour faire cesser cet état : bains, opiacés, chloral, etc. Cependant le chloral en lavement amenait un peu de repos la nuit, et pendant longtemps on lui administra tous les soirs 1 gr. 50 de ce médicament.

Puis petit à petit, les crises furent moins violentes et durèrent moins longtemps, et enfin elles disparurent complètement. En ce moment, je l'ai déjà dit, le malade est tranquille et n'a plus d'impulsions depuis plusieurs mois.

Je dois noter un traitement institué par un médecin qui a soigné le malade avant moi. Supposant l'existence d'un néoplasme de nature hérédo-syphilitique qui excitait les centres psycho-moteurs et qui provoquait ainsi les impulsions, ce confrère prescrivit un traitement au sirop de Gibert. L'effet fut absolument nul.

L'intelligence de ce malade est trop peu développée pour qu'il soit possible d'obtenir de lui des renseignements sur ce qu'il éprouvait au moment de ses crises. Il faut, pour se rendre compte de son état, s'en tenir aux signes objectifs qu'il présentait.

Jamais il n'a eu de délire ni d'incohérence. Naturellement irritable, il devenait, par moments, anxieux, il geignait et, en même temps, il se frappait et s'écorchait la peau, poussé ainsi à se faire du mal par une force dont il avait parfaitement conscience, puisqu'il demandait à être attaché et mis ainsi dans l'impossibilité de se nuire.

Je crois être d'accord avec tout le monde en avançant qu'il ne s'agit pas là d'accès maniaques, mais bien d'accès impulsifs conscients avec anxiété et angoisse.

Les deux malades dont je viens de rapporter les observations présentent donc, en réalité, les mêmes phénomènes pathologiques. Ce ne sont ni des maniaques ni des délirants, ce sont deux dégénérés intellectuels atteints d'un syndrome identique : impulsion consciente à se faire du mal avec anxiété, angoisse. — Si je me suis décidé à faire cette communication au Congrès de médecine mentale, c'est surtout parce que je crois que les circonstances cliniques que j'ai cherché à indiquer ne sont pas fréquentes et qu'elles ont, par suite, un certain intérêt. — Je pense aussi que la simplicité schématique, pourrait-on dire, du phénomène morbide chez les deux malades, permet peut-être d'en tenter une explication physiologique.

Tout phénomène morbide est une modification d'un phénomène physiologique. On ne doit donc chercher la raison d'un fait pathologique quelconque que dans une anomalie du fait physiologique qui lui correspond.

Je crois que dans les observations que je viens de relater, observations d'angoisse avec tendance irrésistible à se frapper, à se meurtrir, le phénomène physiologique n'est pas difficile à retrouver et que ses anomalies pathologiques sont très simples.

L'angoisse est une souffrance *sui generis*. Les centres cénesthésiques impressionnés, sous l'influence de causes diverses d'ordre moral, il en résulte une douleur particulière, générale, qu'on ne peut comparer à aucune autre. L'être souffre dans toutes ses parties, quoiqu'il y ait une prédominance de la douleur à la région épigastrique qui semble resserrée.

A l'état normal, l'on éprouve de l'angoisse dans certains états mentaux ; une grande peine, l'incertitude sur l'issue d'un événement grave, l'attente, etc. — L'angoisse est, quant à son degré d'intensité, en rapport avec la cause qui la provoque. Il faut du reste, chez les sujets bien équilibrés, un état mental d'une certaine intensité pour faire naître l'angoisse.

Chez les sujets qu'on appelle émotifs, l'angoisse apparaît, et violente, sous l'influence d'une cause légère. Chez certains dégénérés intellectuels enfin, l'angoisse semble survenir sans cause appréciable : c'est chez eux, une sorte d'hypercénesthésie.

Quelles sont maintenant les conséquences ou plutôt les manifestations physiques de l'angoisse ? Elles sont nombreuses

et bien connues : la respiration, la circulation, les sécrétions sont modifiées temporairement. — Mais il est un phénomène objectif qui mérite spécialement d'attirer l'attention. Certains individus en angoisse, et parmi les mieux équilibrés, ont un besoin continuel de mouvement, ils ne peuvent rester en place. Il en est qui se pincent, qui se mordent les lèvres, trouvant ainsi une sorte de soulagement à leur souffrance générale dans une souffrance dérivative locale.

Ceci est physiologique. — Quant au dégénéré angoissé qui se frappe violemment, il ne présente, semble-t-il, qu'une exagération et une certaine dépravation de l'acte physiologique que je viens de noter.

L'impulsion, dans les cas particuliers en question, peut donc s'expliquer et l'on comprend, en outre, qu'elle soit consciente. Il n'y a plus que le caractère d'irrésistibilité à considérer.

Il est superflu de rappeler qu'on admet généralement que, dans l'impulsion irrésistible, les centres antérieurs ne peuvent, pour une raison ou pour une autre, inhiber à un moment donné les centres psychomoteurs. Il se peut que cette faiblesse d'inhibition ne soit pas inhérente aux centres inhibiteurs eux-mêmes, mais qu'elle dépende aussi d'un arrêt de développement des faisceaux de fibres qui mettent en communication les centres inhibiteurs avec les centres psychomoteurs. — Cette hypothèse est séduisante, elle permet d'attribuer certaines anomalies mentales de dégénérescence à des arrêts partiels de développement de l'encéphale. Les anomalies psychiques comme les anomalies physiques, chez les dégénérés, auraient ainsi pour cause générale commune des arrêts partiels de développement.

Mais ces considérations m'éloignent de mon sujet et je veux m'en tenir à l'observation pure. Je termine donc, espérant avoir prouvé qu'entre un état physiologique normal et l'état pathologique présenté par mes malades, il y a une gradation qui permet de rattacher les deux états l'un à l'autre et de considérer le second comme une simple exagération morbide du premier. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion sur les bases d'une classification internationale des maladies mentales. La parole est à M. J. Morel *(de Gand)*, pour la lecture du Rapport dont il a été chargé par la Commission internationale nommée au Congrès d'Anvers de 1885.

DES BASES D'UNE BONNE STATISTIQUE INTERNATIONALE DES ALIÉNÉS

Rapport sur les travaux des délégués de la Commission internationale nommée au Congrès d'Anvers, en 1885.

M. le Dr Jul. Morel, *médecin en chef de l'hospice Guislain, de Gand.* — La Société de médecine mentale de Belgique a présenté au Congrès de phréniatrie qui s'est tenu à Anvers, en 1885, la question : « Des bases d'une bonne statistique internationale des maladies mentales ». Elle ne méconnaissait pas les difficultés de l'entreprise et spécialement celle de la question préalable « la classification des maladies mentales. » Dans l'exposé de la question, l'honorable rapporteur, M. le professeur Lefebvre, avait cité successivement les noms des principales autorités du monde psychiatrique, qui vainement avaient essayé d'aboutir à une solution en se basant sur un terrain exclusivement scientifique.

Néanmoins, et uniquement dans le but de parvenir à une statistique internationale des aliénés, le Congrès tenta un nouvel effort et accepta la nomination d'une Commission internationale dont les différents membres auraient les pouvoirs les plus étendus pour s'entendre avec les associations médico-psychologiques des différents pays. Ces membres correspondraient avec le bureau de la Société de médecine mentale de Belgique, qui coordonnerait les travaux de la Commission.

Cette Commission était composée de MM. D. Hack-Tuke, pour la Grande-Bretagne ; Ramaer, pour la Hollande ; Steenberg, pour les pays Scandinaves ; Magnan, pour la France ; Wille, pour la Suisse ; Verga, pour l'Italie ; Guttstadt, pour l'Allemagne ; Benedikt, pour l'Autriche-Hongrie ; Mierzejewski, pour la Russie ; Solà, pour l'Amérique méridionale et Clark-Bell, pour l'Amérique du Nord.

L'idée dominante au Congrès d'Anvers au sujet de la confection d'une classification des maladies mentales, dans le seul but de pouvoir établir une statistique internationale, était que cette classification devait être aussi simple que possible, que le nombre des types devait être très limité.

Si l'on excepte le projet de classification du Conseil d'administration de l'Association médico-psychologique de la *Grande-Bretagne* avec les modifications proposées par M. D. Hack-Tuke, l'histoire des rapports de nos autres délégués présente un caractère éminemment instructif. Les premiers rapporteurs, imbus des recommandations faites au Congrès, ont présenté les classifications les plus simples, les divisions en grands groupes.

Nous avons d'abord le travail de M. le professeur Guttstadt, délégué de l'*Allemagne*. Il se réduit à cinq groupes :

1. Aliénations mentales simples.
2. Aliénations mentales avec paralysie .
3. Aliénations mentales avec épilepsie ou hystéro-épilepsie.
4. Imbécillité ou idiotie.
5. Delirium potatorum.
6. Non aliénés.

Ces groupes ne permettent guère de classer avec fruit les formes morbides généralement admises par la généralité des médecins aliénistes. Nous devons observer en plus que M. Guttstadt s'est borné à présenter la classification telle qu'elle est employée pour les statistiques de son pays. Il nous avait annoncé une réunion ultérieure des médecins aliénistes allemands pour la discussion de cette classification. Nous regrettons beaucoup que cette réunion n'ait pas eu lieu.

M. le professeur Wille, notre délégué pour la *Suisse*, a consulté les collègues de son pays au sujet de la mission qu'il avait à remplir. Nos confrères suisses ont présenté un projet de classification, également en cinq groupes, mais avec cet avantage que le groupement est plus intelligible. Pour en renforcer la valeur, les médecins aliénistes suisses ont cru utile de préciser les formes morbides qu'ils comptaient renfermer dans chaque groupe. Voici leur tableau :

1. *Psychoses simples.*	
2. *Psychoses organiques* ..	Psychoses paralytiques. Psychoses séniles. Autres psychoses organiques.
3. *Psychoses névrosiques.*	
4. *Psychoses par intoxication*..	Psychoses alcooliques. Autres psychoses toxiques.
5. *Psychoses congénitales.* (Idiotie et imbécillité).	

Notre délégué pour l'*Autriche-Hongrie*, M. le professeur Benedikt, a convoqué à Vienne les principaux psychiatres de ces deux pays. Là aussi, nos collègues ont compris l'imperfection de la classification allemande. Si le nombre de groupes fondamentaux de leur classification est limité à quatre, un de ceux-ci, les aliénations mentales simples, se trouve divisé en aliénations mentales simples aiguës et aliénations mentales simples chroniques. A côté des différents groupes, l'Autriche-Hongrie a placé les différentes formes correspondantes :

1. Aliénations mentales simples : *a*) aiguës.
   — — *b*) chroniques.
2. Aliénations mentales compliquées de paralysie, d'hystéro-épilepsie, d'épilepsie, de foyers, etc.
3. Aliénations mentales toxiques.
4. Aliénations mentales congénitales ou acquises dans la première enfance : idiotie, imbécillité, crétinisme.
5. Individus en observation, suicides, délinquants, etc.

On y a ajouté un cinquième groupe qui, pour pouvoir servir à un travail statistique, devrait au moins recevoir autant de divisions qu'il mentionne d'objets différents.

Le classement de l'Autriche-Hongrie n'est pas à l'abri d'objections et la fondamentale, à nos yeux, est une simplification trop grande, le groupement contenant des formes morbides qui méritent d'être disjointes au point de vue statistique.

Le *Danemark, la Suède et la Norwège* préparèrent leur travail en même temps que l'Autriche-Hongrie sous la direction de notre délégué, M. le professeur Steenberg. Leur tableau renferme sept grands groupes et, à côté de chacun d'eux, ils placent les formes morbides qui y correspondent :

1. *Psychoses aiguës.* { Mélancolie. Manie. Démence aiguë.
2. *Psychoses chroniques.* { Mélancolie chronique. Manie chronique. Démences (formes secondaire d'aliénation mentale).
3. *Psychoses dégénératives.* { Monomanies. Folie hypocondriaque. — hystérique. — épileptique. — périodique. — morale.

4. *Psychoses alcooliques*... { Délire alcoolique aigu. Psychose alcoolique chronique.
5. *Psychoses paralytiques* (Folie paralytique).
6. *Psychoses épileptiques* . { Folie épileptique. Épilepsie larvée. Délire transitoire.
7. *Idiotie* . { Imbécillité. Idiotie.

Les rapports présentés par nos délégués de l'Autriche-Hongrie et des pays Scandinaves nous permettent de constater un nouveau progrès, le besoin absolu de se faire comprendre par les médecins aliénistes.

Les délégués des pays que nous venons d'énumérer étaient les premiers à répondre à l'appel du Congrès d'Anvers.

Sous la présidence de M. le professeur Mierzejewsky, le délégué pour la Russie, les membres de la Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg décidèrent qu'il n'y avait pas lieu de présenter un tableau en grands groupes ; au moins ils ne proposèrent que la classification suivante, comprenant douze formes morbides :

Mélancolie.
Manie.
Délire partiel : aigu, chronique (Paranoia acuta et chronica).
Démence : a) *consécutive aux maladies mentales (mélancolie, manie, paranoia),* — b) *consécutive aux lésions cérébrales, la démence sénile y comprise.*
Paralysie générale progressive.
Folie hystérique.
Folie épileptique.
Folie périodique.
Délire alcoolique (Delirium tremens).
Délire aigu.
Faiblesse d'esprit inné (Imbécillité).
Idiotisme et crétinisme.
Cas particuliers.

Plusieurs mois s'écoulèrent avant que notre Société reçut de nouveaux rapports. M. Verga, notre délégué pour l'Italie, présenta en 1886 la question de la classification internationale des maladies mentales au Congrès de Sienne et, de la discussion, fort longue, il est résulté, comme pour les pays Scandinaves, la présentation d'un tableau mentionnant à la fois les grands groupes et les formes morbides correspondantes :

I. *Psychoses congénitales* { A) Idiotie [1]. B) Folie morale [2].

II. *Psychoses simples aiguës....* { A) Manie [3]. B) Mélancolie. C) Démence aiguë [4].

III. *Psychoses chroniques consécutives :* Démence chronique [5].

IV. *Psychoses chroniques primitives.* { A) Délire systématisé [6]. B) Folie périodique [7].

V. *Psychoses compliquées de paralysies :* Folie paralytique.

VI. *Psychoses convulsives :* Folie épileptique.

VII. *Psychoses toxiques :* Folie alcoolique.

VIII. *Autres formes psychopathiques* [8].

IX. *En observation* [9].

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les divisions en grands groupes prémentionnés, nous constatons d'abord que les divisions se sont multipliées au fur et à mesure que les rapports firent leur entrée successive ; — ensuite que, malgré les sept grands groupes présentés par les pays Scandinaves et l'Italie, il y a encore une énorme divergence d'opinion pour le classement des formes morbides correspondant aux psychoses chroniques de l'Italie et des psychoses dégénératives des pays Scandinaves. Enfin, le groupe des psychoses convulsives présenté par l'Italie se prête à être mal interprété.

Quant au projet de classification présenté par les *États-Unis*, dont le travail a été présidé par M. Clark-Bell, président de la Société médico-légale de New-York, il est presque la reproduction de celle utilisée par la Grande-Bretagne et à laquelle M. Hack-Tuke propose des additions.

[1] Cette division comprend l'*imbécillité* et le *crétinisme*.

[2] Ce sont des cas d'insuffisance du sentiment et des idées morales, avec tendances au crime, etc.

[3] Depuis l'excitation maniaque jusqu'à la manie furieuse et le délire aigu.

[4] Stupidité ou démence primitive curable.

[5] Elle comprend, outre les démences consécutives, les cas de manie et de mélancolie chroniques et la folie systématisée secondaire.

[6] Presque tous ces cas sont héréditaires; ici il faut ranger les monomanies, les monodélires, le délire partiel, la paranoia, le délire primitif, le délire primaire chronique (primære Verrücktheit).

[7] Ici se classent la folie circulaire et la folie à double forme.

[8] Dans cette rubrique on placerait la folie pellagreuse.

[9] Dans cette rubrique on rangerait les cas non encore diagnostiqués, les cas douteux et les formes mixtes indéterminées, que l'on ne saurait aisément classer ailleurs.

Voici ces deux tableaux :

Classification proposée par M. Hack Tuke.

1. Manie (aiguë, chronique, puerpérale, sénile).
2. Mélancolie (aiguë, chronique, puerpérale, sénile).
3. Stupeur avec ou sans mélancolie.
4. Délire chronique (monomanies).
5. Démences A) primaire.
   B) secondaire.
   c) sénile, organique (tumeurs, etc.).
6. Folie périodique.
7. Paralysie générale des aliénés.
8. Folie épileptique.
9. Folie hystérique.
10. Folie hypocondriaque.
11. Folies par intoxication.
12. Folie morale.
13. Insuffisance mentale congénitale (idiotie, imbécillité et crétinisme A) Avec épilepsie.
    B) Sans épilepsie.

Classification proposée pour les Etats-Unis.

1. Manie (aiguë, chronique, récurrente, puerpérale).
2. Mélancolie (aiguë, chronique, récurrente, puerpérale).
3. Folie primaire (monomanies).
4. Démences A) primaire.
   B) secondaire.
   c) sénile.
   D) organiques (tumeurs, hémorrhagies, etc.).
5. Paralysie générale des aliénés.
6. Folies épileptiques.
7. Folies toxiques (alcoolisme, morphinisme, etc.).
8. Insuffisance mentale congénitale (idiotie, imbécillité, crétinisme).

La classification présentée par notre délégué, M. Ramaer, au nom de la Société de médecine mentale de la Hollande, mentionne à son tour deux tableaux, un pour les formes morbides, un autre pour les grands groupes :

I. Délire [1] fébrile, toxique, traumatique.

[1] Ce groupe n'appartient pas à proprement parler, à ce que l'on désigne généralement sous le nom d'aliénation mentale. On ne peut néanmoins méconnaitre que ce sont des troubles psychiques. — La Commission internationale de 1867 partageait le même avis : « Des cas appartenant à ces groupes d'affections morbides sont souvent envoyés dans les asiles, soit par erreur, soit par nécessité, soit enfin que ces établissements possèdent à cet effet des quartiers spéciaux. Ils ne doivent évidemment pas être confondus dans les tableaux statistiques avec les cas d'aliénation mentale. » (*Note de M. Ramaer.*)

II. Processus psychopathiques.

1° Manie.
2° Mélancolie.
3° Folie paralytique (paralysie générale des aliénés, démence paralitique ; démence avec paralysie incomplète).
4° Folie primaire d'emblée [1].
5° Folie épileptique.
6° Folie extatique ou hystérique.
7° Folie hallucinatoire ou hypocondriaque.
8° Folie sexuelle (nymphomanie et satyriasis).
9° Folie circulaire ou périodique.

III. États psychopathiques.

1° Démence.
2° Idiotie et imbécillité.
3° Folie morale.

M. Ramaer est le seul de nos délégués qui aurait désiré l'innovation des trois grands groupes : le délire, les processus et les états psychopathiques.

Les formes morbides, sauf l'adoption de la folie sexuelle (nymphomanie et satyriasis), sont à peu près les mêmes que celles présentées par l'Italie et la Russie. Les démences consécutives toutefois y font défaut. Ramaer n'a pas trouvé d'imitateurs pour ses grands groupes.

L'Amérique méridionale a présenté la classification suivante :

1. Manie et délire aigu.
2. Folies lypémaniaques (mélancolie, stupeur mélancolique, délire des persécutions, démonophobie, agoraphobie, délire impulsif).
3. Folies toxiques : à spécifier.
4. — organiques (paralytiques, idiotie, démence, pseudo-paralysie syphilitique).
5. — névropathiques ; épilepsie, etc.
6. — mixtes (folie circulaire).

Cette classification diffère trop des précédentes, au moins pour les grands groupes, pour que nous y insistions.

Le bureau de la Société de médecine mentale exprime ici le regret de n'avoir pu obtenir une décision de la part des médecins aliénistes français. Il nourrit toutefois l'espoir que le résultat des travaux des délégués de tous les autres pays exercera

[1] Hack Tuke, Magnan, Benedikt et Mierzejewski divisent cette folie en aiguë et chronique.

une influence heureuse sur la décision que le Congrès aura à prendre. L'étude de ces différents travaux a donné aux membres de la Société de médecine mentale de Belgique la conviction que les divisions en grands groupes doivent être abandonnées, faute d'être suffisamment compréhensibles, malgré les perfectionnements que l'Italie et les pays Scandinaves y ont apportés, — que le tableau des formes morbides offre une consistance plus grande, même un intérêt scientifique supérieur. Nous constatons en effet que les médecins aliénistes du monde entier ont été unanimes à accepter les bases cliniques comme point de départ des classifications projetées, et qu'il existe une entente bien grande au sujet des formes morbides sur lesquelles on voudrait faire porter l'attention.

Aussi la Société de médecine mentale de Belgique a-t-elle l'honneur de vous proposer à son tour le tableau des formes morbides suivantes :

1. Manie, y compris le délire aigu.
2. Mélancolie, y compris la démence aiguë.
3. Folie périodique.
4. — systématisée progressive.
5. Démence à la suite d'une maladie mentale.
6. Démence à la suite d'une maladie locale du cerveau (tumeurs, foyers, ramollissement, etc., y compris la démence sénile).
7. Folie paralytique.
8. Folies névrosiques (neurasthénie, hypocondrie, hystérie, épilepsie, etc.)
9. Folies toxiques : à spécifier.
10. Folie morale et impulsive.
11. Idiotie, imbécillité, etc.

Plusieurs pays (Russie, Italie, Grande-Bretagne) réclament une place ou une rubrique à désigner sous le nom de « cas particuliers. » La Hollande en réclame une sous la dénomination « formes mal déterminées »; l'Italie en voudrait une pour les cas « en observation ». Nous croyons qu'une rubrique « *autres cas non spécifiés* » remplacerait avantageusement les dénominations de « cas particuliers » et de « formes mal déterminées. »

Quelques délégués demandent à pouvoir mentionner les « non aliénés » dans leurs tables statistiques.

Pour les besoins du travail statistique, plusieurs délégués ont présenté la rubrique « démence à la suite des maladies mentales ». L'existence de cette rubrique se trouve en effet justifiée par

l'introduction dans nos asiles d'une série de malades pour lesquels l'interrogatoire ou les renseignements ne permettent plus de découvrir si la démence dérive d'une manie, d'une mélancolie, d'une folie périodique ou systématisée primitive, et dont le classement régulier devient conséquemment impossible.

Nos délégués de la Société de médecine mentale n'ignorent pas que leur travail présente des lacunes et que, au point de vue scientifique, il est impossible de présenter une œuvre complète.

Nous le soumettons néanmoins à votre examen. Au cas où vous accepteriez un de ces travaux avec les modifications que vous jugeriez utiles ou indispensables, la Société de médecine mentale, d'accord avec plusieurs délégués, et notamment ceux de la Russie et de la Grande-Bretagne, se déclarerait prête à améliorer, dans la mesure du possible, le tableau des formes morbides par l'adjonction d'un aute tableau mentionnant les causes des maladies mentales.

En exposant successivement les travaux de nos délégués d'Anvers, nous constatons avec une vive satisfaction que le monde psychiatrique a compris la nécessité absolue d'établir les bases d'une statistique internationale. Plusieurs médecins aliénistes des plus distingués, appelés à coopérer à la solution de cette belle œuvre, ont su faire abstraction de leurs idées personnelles pour se rapprocher du grand but à atteindre. Et sans vouloir porter la question sur le terrain scientifique, il ne sera pas inutile de vous faire part ici que les auteurs des classifications les plus compliquées ont une heureuse tendance, au fur et à mesure qu'ils étendent leurs études, à la simplification du groupement des formes morbides.

Il est inutile de faire ressortir que jusqu'ici l'étude des statistiques des aliénés n'a guère été fructueuse. En acceptant des bases internationales, nous avons la conviction que désormais, si l'œuvre des statistiques n'a pas une valeur scientifique absolue, au moins elle sera très féconde en renseignements et rendra un bien grand service aux nations civilisées. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Paul Garnier. — Messieurs, je pense être l'interprète des sentiments du Congrès en adressant les plus vifs remerciements à la Société de médecine mentale de Belgique pour la tâche dif-

ficile qu'elle a entreprise, et les efforts qu'elle a faits pour la mener à bien. De tels efforts ne sauraient rester stériles.

En écoutant le rapport de notre distingué collègue, M. J. Morel, je n'ai pu m'empêcher de remarquer les nombreuses analogies qui existent entre le classement proposé au nom de la Société de médecine mentale de Belgique et la classification des maladies mentales de M. Magnan. En réalité, il me semble que l'on n'est guère séparé que par des questions de terminologie ; une entente est donc possible.

On est d'accord sur presque toutes les formes mentales ; la discussion ne porte réellement que sur la *folie des dégénérés héréditaires.* Je propose de remplacer la dénomination « folie morale », inscrite dans la nomenclature que vient de nous communiquer M. Morel, par celle de « folie héréditaire » avec les sous-titres « folie morale, manie raisonnante, syndromes épisodiques ».

M. Christian. — Je reconnais que, dans la classification proposée, il y a un certain nombre de groupes, sur lesquels tout le monde est d'accord, tels que la paralysie générale, les folies toxiques, l'idiotie, etc. Quant aux folies proprement dites, celles sans substratum anatomique connu, je proposerai de les réunir toutes sous la dénomination de *folies vésaniques.*

M. Cabred, *médecin de l'hospice des aliénés de Buenos-Ayres (République Argentine).* — Messieurs, après les travaux des maîtres éminents qui ont écrit sur la psychiatrie, après les intéressantes discussions qui ont eu lieu dans les différentes sociétés et dans plusieurs congrès médicaux, il est peut-être téméraire de ma part de venir prendre la parole au sujet de la classification des maladies mentales. Vous venez également d'entendre, sur la même question, le remarquable rapport de M. J. Morel et le discours de M. Garnier, et il me semble que tout a été dit sur ce sujet. Je crois cependant qu'il est du devoir de tout travailleur consciencieux de venir apporter sa pierre à la construction de l'édifice. Moins que tout autre, j'ai la prétention de trancher définitivement cette question si controversée, mais je reconnais qu'il y a un intérêt supérieur à établir une entente réciproque des aliénistes de tous les pays, à créer une sorte de langue internationale, afin que tous nous puissions nous comprendre, quelles que soient d'ailleurs nos idées personnelles et les tendances de notre esprit.

Les classifications qui ont été basées sur la symptomatologie, et qui remontent aux périodes de création de la science mentale,

réunissent sous le même titre des modalités morbides différentes qui n'ont de commun que la forme extérieure.

S'il est utile d'étudier séparément les principaux symptômes des maladies mentales, pour en faciliter la description et pour les faire reconnaître en clinique courante, il n'est pas moins vrai que des symptômes identiques en apparence, répondent souvent à des maladies différentes, et ne peuvent être assimilés les uns aux autres, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Quant à l'anatomie pathologique, nous souhaiterions tous de la voir servir de base exclusive. Malheureusement, dans la majorité des cas, elle reste absolument muette. Dans d'autres cas, trop exceptionnels encore, elle explique les troubles profonds survenus dans la sphère du mouvement et de la vie psychique de l'individu; telle est la paralysie générale. Mais, le plus souvent, quand elle nous révèle certaines lésions, ces lésions n'expliquent pas d'une façon satisfaisante les symptômes observés pendant la vie. Il n'y a donc pas lieu de chercher en elle un appui suffisant. Elle ne peut que nous aider dans le groupement des divers types morbides, en nous procurant quelques indications précises, définitivement acquises à la science.

Au contraire, l'élément étiologique est celui qui nous fournit les notions les plus fécondes en résultats pratiques. Il nous permet d'envisager d'un seul coup d'œil l'évolution des maladies mentales, et de leur asigner une place, au moins provisoire, dans le cadre de nos connaissances psychiatriques.

Lorsque Morel a émis cette idée et en a tiré toutes les déductions qu'elle comportait, il a obéi à une pensée de haute philosophie, qui lui a valu, de la part du professeur Morselli, le nom si bien mérité de Darwin de la psychiatrie.

Sa classification offre cependant quelques imperfections, inhérentes à toute œuvre nouvelle. On lui a reproché notamment la façon dont il avait envisagé la paralysie générale et la classe spéciale qu'il en avait faite.

La difficulté à laquelle il s'est heurté subsiste tout entière, si l'on se place à son point de vue exclusif. On ne peut la surmonter, selon nous, qu'en s'aidant des ressources fournies par l'anatomie pathologique. On a discuté également la légitimité de la classe particulière qu'il avait créée pour la *folie héréditaire.* Ce n'est pas le lieu, pour nous, de traiter cette question en détail. On verra d'ailleurs quelles sont nos idées à ce sujet d'après la classification que nous adoptons.

Somme toute, nous croyons qu'il faut prendre pour point de départ principal l'idée de l'illustre médecin de Saint-Yon, qui a été acceptée par plusieurs aliénistes et entre autres par mon savant maître le professeur Ball, et par M. Marandon de Montyel. Nous nous permettrons seulement d'englober dans la classe de folies organiques ou cérébro-spinales, de M. Ball, les folies sympathiques et les folies diathésiques. — Les folies sympathiques deviennent ainsi des folies à lésions organiques extra-cérébrales, et les folies diathésiques, des folies à lésions organiques diffuses.

Ce qui prouve la nécessité de réunir ces différentes formes morbides, c'est l'association fréquente des manifestations locales d'une diathèse agissant par sympathie, avec l'élément diathésique général. Tel est le cas de la diathèse cancéreuse, dont la localisation sur tel ou tel organe, peut produire des troubles psychiques spéciaux.

Notre dernière classe comprendra les folies congénitales, auxquelles nous croyons que convient mieux le nom de folies dégénératives.

La classification ainsi modifiée comprend donc les folies vésaniques, névropathiques, toxiques, organiques et dégénératives. Elle est, croyons-nous, suffisamment claire pour tout le monde et d'une application facile.

On peut y ranger les variétés psychopathiques les plus importantes connues jusqu'à ce jour, et, en attendant les progrès ultérieurs de la médecine mentale et surtout de l'anatomie pathologique, elle est en parfait accord avec les notions que nous possédons actuellement, et bien apte à permettre l'élaboration d'une statistique internationale des maladies mentales.

Pour que ce travail démographique soit complet, il faudra, bien entendu, que l'on tienne compte d'autres éléments : tels que la connaissance du *nombre*, des *causes*, de la *durée* des maladies, leur *terminaison* et leur *léthalité*.

Nous n'avons abordé ici aucune des questions sur lesquelles l'accord semble impossible à établir. Nous n'avons parlé, par exemple, ni de la paranoia, ni de la catatonie, parce que ces sujets sont étudiés dans telle ou telle école et ne peuvent être discutés utilement dans ce Congrès. Mais que l'on admette ou non la paranoia, la catatonie ou toute autre forme morbide, ces questions théoriques ne doivent pas nous arrêter et il est indispensable d'adopter une classification compréhensible pour tout le monde. — Il en est de même de ces états vagues, mal définis, qui concernent

certains individus qui peuvent encore vivre dans la société et qui entrent rarement dans les asiles. — Nous ne croyons pas utile de les faire figurer dans une classification de ce genre, d'autant plus que le nom même donné à ces différents états varie selon les auteurs et traduit la divergence de vues qui règne encore dans les esprits.

Les aliénistes du pays que j'ai l'honneur de représenter devant vous, et à la tête desquels se trouve le professeur Melendez, ont déjà donné leur adhésion au principe étiologique, dans la classification qu'ils ont envoyée il y a deux ans à M. Morel, de Gand, et de laquelle on a donné lecture tout à l'heure.

Nous n'osons espérer, Messieurs, vous voir ratifier de votre vote la classification ci-dessous. Mais, de toute manière, nous sommes complètement disposé à donner notre adhésion à la classification qui réunira le plus de suffrages. — Nous aurons ainsi la satisfaction d'avoir contribué à la solution d'un problème devant lequel ont échoué, sans raison valable, plusieurs sociétés et congrès médicaux. Dans cette question, plus que dans toute autre, l'intérêt général doit passer avant nos idées personnelles.

Voici donc le projet que nous soumettons au Congrès : c'est une simple esquisse, qui peut être modifiée :

I. — Folies vésaniques	Types : folie circulaire ; délires partiels.		
II. — Folies névropathiques	Épileptique. Hystérique. Choréique, etc.		
III. — Folies toxiques	Alcoolique. Sulfure de carbone. Saturnisme, etc.		
IV. — Folies organiques...	Organiques cérébrales	Paralysie générale, Démence hémiplégique.	
	Organiques extra cérébrales	Folies sympathiques	Folies utérine, etc.
		Folies diathésiques	Folies cancéreuse, tuberculeuse, etc.
V. — Folies dégénératives ..	Idiotie. Imbécillité. Crétinisme. Folie morale.		

M. Charpentier. — Je tiens à faire remarquer que je ne saurais considérer le classement qui nous est proposé comme une classification scientifique des maladies mentales.

M. Régis. — Je partage complètement le sentiment de M. Charpentier.

M. Semal. — Je ferai observer que la mission de la Société de médecine mentale de Belgique était très nettement définie. Elle n'a donc pas la prétention de vous présenter, par l'organe de son savant rapporteur, M. J. Morel, une *classification scientifique des maladies mentales,* mais de proposer à votre vote un classement des types morbides les plus nets, les plus indiscutés, pouvant servir de base à une statistique internationale de la folie.

M. Clark-Bell. — Messieurs, je crois pouvoir vous affirmer que la classification sur laquelle vous allez être appelés à voter, sera adoptée par les médecins aliénistes américains. Elle présente de grandes analogies avec celle qui a été acceptée au dernier congrès des aliénistes américains, tenu à Santiago, et que M. Morel a rapportée dans son discours.

Permettez-moi d'ajouter un dernier mot. Je suis convaincu qu'en votant les conclusions du rapport que notre savant collègue de Gand vient de nous communiquer, le Congrès fera œuvre utile. Pour moi, je considérerai ce vote comme le plus important que cette réunion internationale puisse émettre.

M. Marcel Briand. — Je demande, comme M. Garnier, la substitution de la dénomination de *folie héréditaire* ou *folie des dégénérés* à celle de *folie morale.*

M. le professeur Ball. — Je repousse absolument la proposition de M. Briand ; l'expression de *folie des dégénérés* soulève de nombreuses et sérieuses objections. Je considère le classement proposé par la Société de médecine mentale de Belgique comme le meilleur dans l'état actuel des esprits, puisqu'il répond au but à atteindre, une statistique internationale des aliénés.

M. A. Laurent. — Je propose qu'on mette en parallèle le projet de la Société de médecine mentale de Belgique et la classification proposée par la commission de la Société médico-psychologique de Paris. Ce travail imprimé et distribué pourrait être l'objet d'une discussion dans une séance ultérieure.

M. le Président. — La discussion étant épuisée, je vais d'abord mettre aux voix la proposition de M. Laurent.

(Cette proposition, mise aux voix, n'est pas adoptée.)

M. le Président. — Je vais maintenant faire procéder au vote sur le classement proposé par la Société de médecine mentale de Belgique.

(Ce projet, mis aux voix, est adopté à la majorité des membres présents.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU MARDI MATIN, 6 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. BÉNÉDIKT, DE VIENNE

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente : M. Doutrebente. — DE L'ORIGINE PSYCHO-MOTRICE DU DÉLIRE, par M. Cotard ; discussion : MM. Paul Garnier, Charpentier, Doutrebente, Ritti, Soutzo, Gilbert Ballet, Korsakoff. — SUR UNE FORME DE MALADIE MENTALE COMBINÉE AVEC LA NEURITE MULTIPLE DÉGÉNÉRATIVE (PSYCHOSIS POLYNEURITICA SEU CEREBROPATHIA PSYCHICA TOXŒMICA), par M. Korsakoff. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LYPÉMANIE HYPOCONDRIAQUE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE, par M. Emmanuel Régis ; discussion : MM. Rouillard, Riu.

La séance est ouverte à neuf heures.

Le procès-verbal de la séance précédente, lu par M. Paul GARNIER, *secrétaire*, est mis au voix et adopté.

M. DOUTREBENTE, *médecin directeur de l'asile de Blois*. — Je demande à faire une observation à propos du procès-verbal. Je regrette bien vivement que la dénomination de *folie héréditaire* n'ait pas trouvé place dans le classement des maladies mentales voté hier par le Congrès. En l'admettant, comme l'ont proposé quelques membres, on eût rendu un juste hommage aux illustres travaux de Morel.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne répondrai qu'un mot à l'observation de M. Doutrebente : c'est que le Congrès s'étant prononcé, le vote est acquis.

La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture de la communication de M. Cotard.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, notre excellent collègue, M. le Dr COTARD, de Vanves, empêché par la maladie d'un des siens d'assister à cette séance où il devait prendre la parole, me charge de vous lire le travail suivant dont il devait vous donner communication.

DE L'ORIGINE PSYCHO-MOTRICE DU DÉLIRE

Messieurs, les admirables travaux d'analyse dont l'aphasie a été l'objet, nous ont familiarisés avec les termes *images sensorielles*, *images motrices* et avec la division correspondante des facultés intellectuelles relatives à la parole ou à l'écriture. Mais le langage ne constitue qu'une part restreinte, si importante qu'elle soit, de l'activité psychique. Aux images des mots il faut ajouter les images des choses, et l'analogie nous porte à supposer que, lorsqu'il s'agit de perceptions autres que celles de la parole entendue ou lue, d'actes autres que ceux de la parole articulée ou écrite, le mécanisme cérébral ne doit pas être absolument différent.

Si cette induction est légitime, nous sommes autorisés à attribuer les troubles de l'intelligence comme ceux du langage à des lésions sensorielles et à des lésions motrices, et il y a lieu de chercher dans le délire les caractères qui répondent à cette double origine.

L'action des troubles de la sensibilité, des altérations des images sensibles sur le fonctionnement cérébral, ne peut être sérieusement contestée. Les doctrines sensualistes l'ont seulement exagérée en la voulant exclusive. S'il était vrai qu'il n'y eût rien dans l'entendement qui ne provînt des sens, il est clair qu'il faudrait chercher dans ceux-ci l'origine des troubles de l'intelligence aussi bien que de son activité normale. Mais l'appareil psychique n'est pas seulement sentant, il est agissant et son activité, bien qu'intimement liée aux impressions qu'il reçoit, n'est pas entièrement dépourvue de spontanéité.

Chaque centre nerveux vit de sa vie propre et, dans une certaine mesure, indépendante. Les centres moteurs peuvent, à ce titre, être considérés comme créateurs d'une énergie psychique qui prend ses racines dans la vie organique de ces centres et qui n'est pas absolument subordonnée aux influences provenant des autres centres corticaux.

Le déterminisme purement psychologique de la volonté se trouve conséquemment limité, contrarié ou annihilé par l'autonomie des centres moteurs, autonomie méconnue par les sensualistes et qui est la condition physiologique du sentiment que nous avons de notre liberté intérieure [1].

(1) Manouvrier. *Revue philosophique*, 1884, T. XVII, p. 519 et 520.

L'indépendance relative des centres moteurs et sensoriels se manifeste tout particulièrement dans les états pathologiques. Les faits d'aphasie démontrent que chacun d'eux peut être affecté dans ses fonctions sans que les autres le soient au même degré.

L'étude des maladies mentales a permis de constater des troubles sensoriels, anesthésiques ou hallucinatoires, des troubles moteurs, inhibitoires ou spasmodiques, ne réagissant que faiblement sur l'ensemble des facultés psychiques, ou conduisant à des délires limités.

Déjà, à une époque où personne ne soupçonnait l'existence des centres moteurs corticaux, les cliniciens avaient été frappés de la coïncidence des troubles de l'intelligence avec ceux du mouvement. Suivant Falret, ces derniers existeraient chez la plupart des aliénés. La lésion fondamentale de la manie, dit Griesinger, consiste dans une perturbation de la force motrice de l'âme. Les rapports entre les névroses convulsives, l'hystérie, l'épilepsie, les chorées, la maladie des tics convulsifs [1] et certains troubles psychiques correspondants, rapports tels que ceux-ci ont pu être considérés comme l'équivalent de la convulsion, ont relié plus étroitement les troubles de l'intelligence avec ceux des mouvements. Les expressions *convulsion mentale*, *idée spasmodique*, *impulsion intellectuelle* [2] sont employées couramment dans notre science.

Dans une communication à la Société médico-psycologique [3], j'ai cherché à présenter d'une manière synthétique ces aperçus isolés et fragmentaires. J'ai essayé de déterminer les caractères distinctifs du délire, suivant qu'il se greffe sur des lésions psycho-sensorielles ou sur des lésions psycho-motrices et, conformément aux vues de Destutt de Tracy et de Maine de Biran, de rattacher à ces dernières les altérations de la personnalité.

Je voudrais ajouter quelque précision à cette vue d'ensemble et, s'il est possible, déterminer plus exactement le rôle des éléments moteurs dans la genèse du délire.

Il faut, pour cela, bien préciser ce que l'on doit entendre par *images sensorielles* et *images motrices*. *A priori*, et si l'on s'en rapporte au schéma de l'aphasie, rien ne semble plus facile. En réalité, la question est des plus ardues.

(1) Guinon. Article *Tic convulsif* du *Dic. encyclopédique des sciences médicales*.
(2) Ball. *Encéphale*, 1881.
(3) Cotard. *Ann. médico-psychologiques*, 7e série, T. VI, p. 87.

De même que, malgré leur indépendance relative, les différentes images verbales sont connexes et s'évoquent réciproquement les unes les autres, de même, dans les représentations mentales des objets du monde extérieur et dans les images motrices de nos actes, le moteur et le sensoriel sont tellement mêlés qu'il est extrêmement difficile de faire la part de ce qui appartient à chacune de ces deux catégories.

La perception suppose des phénomènes moteurs dont les résidus restent attachés à l'image sensible, et les images motrices de nos actes se combinent intimement avec la représentation des objets que ces actes concernent.

Un autre élément de confusion provient du pouvoir moteur que nous exerçons sur les images sensibles elles-mêmes. Nous pouvons les évoquer, les mouvoir, les grouper, les disposer comme nous voulons, nous pouvons les grandir, les rapetisser, les déformer à notre guise.

Il y a, de plus, une motilité automatique de ces mêmes images qui, indépendamment de tout effort volontaire, apparaissent, se combinent, s'imposent, agissent sur nous et malgré nous, comme si elles étaient douées elles mêmes d'activité motrice.

Maine de Biran cite un passage de Hume relatif à ce pouvoir que l'esprit mouvant exerce sur les idées aussi bien que sur les membres, et lui-même insiste sur les deux forces auxquelles est soumise la reproduction des idées, l'une aveugle et spontanée, l'autre volontaire et libre.

La plupart des psychologues, Ch. Bonnet, Ampère, Dugald-Stewart, etc., ne s'expriment pas moins formellement à l'égard de ces mouvements internes de la pensée.

C'est à cette activité motrice, volontaire ou automatique, que que nous devons les brillantes créations de l'imagination, c'est grâce à la même faculté que nous pouvons exécuter ces diverses constructions mentales que l'on désigne sous le nom de raisonnements. C'est encore la même faculté qui établit un lien entre le moi et le monde externe : par elle nous prenons possession du monde et par elle le monde extérieur réagit sur nous.

Le sens actif et moteur des termes qui s'appliquent à l'exercice de la pensée, visible dans les mots *concevoir*, *comprendre*, *saisir*, etc., indique un sentiment instinctif et spontané de cette activité motrice qui préside aux opérations mentales. On dit de l'intelligence qu'elle est vive, active, prompte, etc., ou bien qu'elle est lente et paresseuse ; on se sert des mêmes termes qui qualifient les

mouvements de notre corps et de nos membres. Dugald-Stewart comparait les saillies de l'esprit à des tours d'adresse bien exécutés. Gratiolet cite un remarquable passage d'Engel dans lequel les mouvements de la marche, leur lenteur embarrassée, leur arrêt soudain, etc., sont mis en parallèle avec les lenteurs et les hésitations de la pensée.

Il y a plus qu'une analogie, il y a des rapports tels que les deux ordres d'activité s'influencent réciproquement; le mouvement musculaire est un excitant intellectuel et l'exercice de la pensée réagit sur l'énergie musculaire.

Les expériences de M. Féré ont confirmé ce que l'observation empirique avait appris à cet égard.

Transportées dans la pathologie, les considérations qui précèdent vont nous aider à concevoir la nature de certains troubles psychiques.

De même que, dans l'ordre des mouvements apparents, il y a des paralysies, des convulsions, des contractures, etc., de même il peut se produire des troubles analogues dans les mouvements de ces membres intérieurs par lesquels nous remuons les matériaux de nos pensées et qui sont véritablement les organes de l'intelligence.

C'est en effet, nous l'avons dit tout-à-l'heure, ce qu'ont établi empiriquement les cliniciens. On sait quelle importance Esquirol attachait aux lésions de l'attention volontaire. M. Baillarger n'a pas moins justement insisté sur le rôle de l'automatisme mental dans la folie [1]. L'activité qui à l'état normal préside au mouvement de la pensée, est altérée, diminuée ou remplacée par des états spasmodiques. Tantôt les images se détachent du moi qui ne peut plus les saisir, tantôt, par suite d'un automatisme morbide, elles se présentent sous forme d'obsessions et tirent une valeur objective des éléments spasmodiques par lesquels elles s'imposent.

Les expressions *paralysie psychique*, *convulsion intellectuelle*, *idée spasmodique*, *réflexe psychique*, ne sont donc plus de simples métaphores, mais l'expression exacte des faits.

Je ne veux pas chercher par quels procédés notre activité psycho-motrice agit sur les images psycho-sensorielles, si c'est par des mouvements des organes des sens analogues à ceux qui se produisent quand nous percevons des objets en mouvement, ou

[1] Baillarger. *De l'automatisme*, *Ann. médico-psych.*, 1856, t. II, p. 54.

bien si c'est par des représentations motrices des actes par lesquels nous pourrions mettre en mouvement les objets correspondant aux images sensibles.

Je voudrais seulement faire sentir l'influence considérable des troubles moteurs dans un grand nombre de faits pathologiques se rattachant en apparence à une origine sensorielle.

S'il y a quelque vérité dans les considérations que je viens d'exposer, on doit en conclure que l'impossibillité d'évoquer les images, la perte de la vision mentale, symptômes si fréquents dans la mélancolie, s'explique par la paralysie psychique aussi bien que par l'anesthésie à laquelle on est d'abord porté à les attribuer.

Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, les deux ordres de troubles se confondent d'une manière inextricable.

Une connexion plus étroite encore entre le moteur et le sensoriel est créée par la présence dans les images sensibles elles-mêmes d'éléments moteurs qui entrent dans leur constitution intime. J'ai indiqué tout-à-l'heure comment, dans certains cas d'idées obsédantes, l'impulsion automatique se fusionnait avec l'image et lui donnait une sorte de vie extérieure au moi. Quelque chose d'analogue se produit à l'état normal. L'examen des images sensibles qui se rapprochent le plus des images motrices, l'examen des images sensibles des corps en mouvement m'aidera, j'espère, à faire comprendre ce à quoi je fais allusion.

Tous les philosophes s'accordent à reconnaître le penchant qui nous porte à reproduire, à imiter les mouvements, les sons, les actes dont nos sens ont été frappés (1). Le phénomène se manifeste avec la régularité d'un réflexe chez les malades atteints d'écholalie ou d'échokinésie (2). Les exemples les plus évidents se rapportent aux mouvements ou aux actes exécutés par nos semblables; mais des phénomènes analogues à l'imitation se produisent pour tous les objets même inanimés dont le mouvement est perçu par nos sens.

Ces réactions motrices, faiblement adhérentes au moi, en raison de leur caractère automatique, quelquefois même inconscientes, se rattachent au contraire par l'association la plus étroite avec les sensations qui en sont l'origine et les images sensorielles qui

(1) Féré. *Induction psycho-motrice*. In *Sensation et mouvement*, p. 13,
(2) Gilles de la Tourette. *Arch. de neurologie*, 1885.

peuvent les renouveler. Elles tendent à s'objectiver en même temps que ces dernières.

Le pendule de Chevreul, les tables tournantes, les effets bien connus de certaines formes de vertige et surtout un grand nombre de faits de pathologie mentale démontrent avec quelle facilité nous sommes conduits à attribuer aux objets ou aux êtres extérieurs les mouvements involontaires qui se produisent en nous [1]. Le sentiment de puissance qui accompagne ces mouvements se transporte dans le monde externe et ainsi se réalisent au dehors de nous les idées de force, de cause, de substance et même d'existence.

Ce serait là l'origine des idées métaphysiques. Kant en avait bien pénétré le caractère subjectif; Schopenhauer les faisait dériver de la volonté ; nous verrons tout-à-l'heure qu'elles paraissent en effet subordonnées à l'énergie psycho-motrice et aux altérations de cette énergie, s'exaltant ou s'effaçant dans la même proportion.

Examinons donc les symptômes les plus ordinaires des affections mentales et voyons si les considérations dans lesquelles je viens d'entrer, sur la nature essentiellement motrice de l'activité intellectuelle, peuvent nous fournir quelque secours pour l'interprétation des phénomènes morbides.

Il n'est aucune forme de maladie mentale où les troubles de l'activité motrice se manifestent avec autant d'évidence que dans la manie.

Tous les auteurs ont décrit cette excitation pathologique qui porte à la fois sur les mouvements extérieurs, sur la parole et sur le mouvement intérieur de la pensée. Le développement consécutif des idées de force, de talent, de puissance et de grandeur, ainsi que des sentiments de joie et de bonheur, a été clairement indiqué par Pinel et par la plupart des observateurs. Le plus souvent, dans l'excitation maniaque franche, lorsqu'il n'y a pas d'éléments mélancoliques combinés, l'hyperkinésie est rapportée au moi, comme l'est l'activité volitionnelle normale. C'est le moi qui veut, c'est le moi qui assume la responsabilité des actes et s'en glorifie ; le sentiment de la personnalité s'exalte dans la même proportion que l'activité motrice.

De l'exagération du pouvoir moteur par lequel nous agissons sur les images du monde extérieur, par lequel nous les faisons nôtres et par lequel nous prenons en quelque sorte possession de

(1) Pierre Janet. *L'automatisme psychologique*, p. 431.

ce qui nous entoure, dérivent les idées de richesse dont Destutt de Tracy plaçait déjà l'origine dans la volonté.

Le maniaque connaît tout, possède tout et peut tout. Il vit dans un miracle perpétuel. De là l'absurdité de son délire : il n'y a ni raison, ni logique pour un être tout puissant, capable de maintenir en équilibre et sans effort apparent les constructions mentales les plus instables.

A côté de cette exaltation du pouvoir personnel, se développe parallèlement celle des éléments automatiques de l'activité mentale, des éléments moteurs adhérant aux images sensibles.

Dans les états d'excitation modérée, dans ceux, compatibles avec la santé, que font naître les sentiments vifs, les passions expansives, l'amour, la piété exaltée ou certaines influences toxiques, le monde extérieur prend une vie singulière, la nature entière s'anime et se revêt des couleurs les plus séduisantes. Tout est beau, tout est bon ; non seulement le moi bénéficie de sa suractivité propre, mais il s'enrichit de toutes les influences dynamogéniques qu'il reçoit de l'automatisme. Il s'abandonne à ces influences qui se fusionnent avec lui par une sorte de coalescence.

C'est l'inspiration, c'est l'enthousiasme, c'est le dieu qui agite et échauffe l'âme du poète, c'est la grâce qui remplit celle du chrétien par un mécanisme analogue, malgré le contraste apparent, à celui de la possession démoniaque. Les étonnantes convictions imposées à l'esprit par cette alliance irrésistible de l'automatisme et de la volonté, justifient par une origine toute puissante leur consistance surnaturelle. *Credo quia absurdum*, disait Tertullien. Il semble en effet que Dieu seul puisse faire ce miracle, qu'une idée contraire à la raison s'impose avec toute la force de la vérité.

Ainsi l'idée de toute puissance que le moi s'attribue quand l'hyperkinésie est volitionnelle, s'extériorise quand l'hyperkinésie devient automatique. Mais il y a souvent confusion entre le moi et le non-moi. Les inspirés, les mystiques, les prophètes, les messies, en communication immédiate avec Dieu par la convergence de la volition et de l'automatisme, en arrivent très ordinairement à croire qu'il sont Dieu lui-même.

Les formes de l'exaltation maniaque dans lesquelles les divers éléments psychiques s'associent dans un même dynamisme synergique et où se produisent, au moins momentanément, une harmonie et un bonheur parfaits, sont toutes différentes d'autres formes de manie dans lesquelles prédominent l'irritabilité, la

taquinerie, les dispositions agressives, le besoin de destruction et la fureur.

Pour désigner ces états si différents, nous nous servons indistinctement du même terme univoque et banal d'excitation. Catégoriser, sous les chefs *excitation et dépression*, toutes les lésions de l'activité motrice, est un procédé d'observation par trop sommaire. Toutes les nuances du caractère correspondent à des nuances équivalentes dans les éléments moteurs qui le constituent. Les dispositions à la bienveillance, à la méchanceté, à la malignité, à l'esprit de saillie, etc., auxquelles Gall voulait assigner des organes distincts, dérivent très vraisemblablement de modifications de nos centres moteurs, inconnues dans leur nature intime, mais se manifestant dans le conflit entre notre personnalité et les êtres subjectifs que constituent les images sensibles, animées elles-mêmes par les éléments moteurs qui leur sont annexés.

Il y a, pourrait-on dire, autant de variétés dans la manie que dans la manière d'agir des différents caractères.

Remarquons seulement que les formes irritable et violente de la manie supposent, dans le conflit entre les divers éléments psychiques, un antagonisme qui rapproche ces formes de la manie des états impulsifs et hallucinatoires sur lesquels je reviendrai bientôt et aussi de la mélancolie agitée avec laquelle elles se confondent par des nuances insensibles.

Les troubles de l'énergie motrice, dans la mélancolie dépressive, ne sont pas moins évidents que dans l'exaltation maniaque et ont été signalés par les meilleurs observateurs. Les malades eux-mêmes se plaignent de n'avoir plus de volonté et d'avoir perdu le pouvoir de diriger leurs pensées. Une diminution d'énergie, affectant à la fois la réaction du moi sur le monde extérieur et l'influence du monde extérieur sur le moi, paraît constituer essentiellement la mélancolie dépressive dans sa forme la plus simple. C'est le trouble le plus constant. Les phénomènes douloureux auxquels on est tenté d'assigner la première place font quelque fois défaut et il n'est nullement prouvé, lorsqu'ils existent, que la dépression psycho-motrice leur soit subordonnée. La gaîté, la joie, le bonheur du maniaque semblent dériver directement de l'exaltation psycho-motrice ; des états inverses de dépression dérivent non moins directement une disposition morale pénible, un ennui, un abattement, une tristesse, un désespoir qui s'expliquent plutôt, à mon sens, par la perte de l'énergie

motrice, par l'isolement et l'appauvrissement qui en résultent pour le moi que par des troubles de la sensibilité. Dans les cas même de mélancolie avec réaction douloureuse intense, la contribution des troubles moteurs est peut-être encore la plus considérable.

C'est par la dépression de l'énergie psycho-motrice que le malade se sent séparé des images du monde extérieur qu'il ne peut plus évoquer, dont il n'est plus maître et qui lui échappent. Il croit que rien ne lui appartient plus, qu'il est ruiné, qu'il a perdu tout ce qu'il avait de plus précieux et de plus cher. Sa douleur est très comparable à celle d'un homme sain d'esprit, qui aurait subi réellement les malheurs que s'attribue le mélancolique. Pour être subjectives, les pertes de ce dernier n'en sont pas moins douloureuses, et bien qu'on admette très généralement que c'est la douleur qui engendre l'idée délirante, l'opinion inverse me paraît, dans un bon nombre de cas, plus vraisemblable.

La diminution de l'énergie psycho-motrice ne se manifeste pas seulement par la dépression du moi et par les idées de ruine et de perdition qui en dérivent immédiatement. Les éléments moteurs annexés aux images sensibles éprouvent, par le fait de la synergie cérébrale, une altération analogue. Les malades ne sont pas seulement incapables, perdus, ruinés, ils sont abandonnés de Dieu et des hommes, on ne les aime plus, les objets extérieurs n'agissent plus sur eux de la même manière et perdent même leur réalité substantielle (due aux éléments moteurs). Le délire des négations auquel aboutissent les formes graves, s'explique ainsi par des troubles moteurs, comme les formes vésaniques d'où il dérive.

« Lorsque la mélancolie, dit Guislain, est accompagnée d'anxiété, de gémissements, d'un penchant au suicide ou de toute autre détermination, elle n'est plus à son degré de plus grande simplicité. Dans ce cas, un principe d'action détend ses ressorts, il y a activité, anomalie dans les impulsions. »

L'excitation motrice qui se manifeste visiblement dans l'habitude extérieure des anxieux agités, se traduit souvent dans leur conscience par le sentiment d'une force invincible qui pousse ou qui arrête, d'un spasme douloureux qui paralyse comme le font les contractures et les crampes musculaires, ou encore par le sentiment d'un mouvement convulsif qu'ils ne peuvent dominer. C'est alors que se développent les idées de puissance infernale, de possession et de damnation. Nous devons à

M. le Dr Séglas d'avoir démontré l'influence des impulsions verbales, dites hallucinations psychiques, sur cette forme de délire. Les autres phénomènes impulsifs se comportent de même ; des malades à impulsions violentes se croient criminels, possédés, damnés ou changés en diables, d'autres, poussés à hurler ou à mordre, se croient transformés en loups. Les réactions inhibitoires qu'exercent les impulsions maladives sur les différentes régions de la sphère psychique se traduisent par l'idée d'une influence destructive sur les objets extérieurs, sur l'univers entier.

Ainsi, tandis que les états de dépression motrice simple conduisent au doute et aux négations philosophiques et religieuses, les états d'exaltation suggèrent la croyance aux êtres surnaturels.

Les hallucinations, est-il besoin de le dire ? agissent dans le même sens. Les persécutés hallucinés voient partout autour d'eux des influences mystérieuses et des puissances surnaturelles. Mais il faut prendre garde d'attribuer une influence prépondérante aux phénomènes sensoriels de l'hallucination. Les idées de puissance dérivent toujours d'un phénomène moteur. C'est par l'automatisme que se constituent à côté du moi des puissances ou même des personnalités actives, objectivées dans le monde externe. Le phénomène ne diffère de la possession que par une extériorisation plus complète. Les possédés objectivent l'automatisme en dehors de leur personnalité morale, mais non en dehors de leur personnalité physique. Souvent même leur moi psychologique est envahi et transformé. Les persécutés objectivent l'automatisme dans le monde extérieur, leur personnalité physique et morale est attaquée, mais résiste plus longtemps.

Comment se produit cet automatisme objectivé ? Quelle est la part des éléments sensoriels et moteurs qui le constituent ? C'est là le dernier point que je voudrais aborder.

A l'état normal, nous l'avons vu tout-à-l'heure, les images mentales comprennent à la fois des éléments sensoriels et des éléments moteurs formant par leur réunion un tout coordonné. D'après les vues des psychologues et aussi d'après les faits cliniques, nous avons essayé d'établir que les idées de force, de cause, de puissance et même d'existence, étaient liées aux éléments moteurs.

Par l'automatisme de ces éléments moteurs incorporés à des images sensibles ou à des idées abstraites, à des mots, se constituent des êtres, des personnalités vivant en quelque sorte d'une

vie propre dans le cerveau, comme le moi, mais à côté de lui. C'est là la condition et le mécanisme de cette existence subjective, sur laquelle Auguste Comte a fondé l'un des dogmes les plus poétiques et les plus touchants de son système philosophique et religieux.

Mais ces existences subjectives qui se développent dans le cerveau à côté du moi, sont soumises comme lui aux troubles fonctionnels de l'organe. Elles s'affaissent et s'évanouissent dans les états dépressifs; elles s'animent, dans les états d'excitation, d'irritabilité morale, d'une activité congénère.

Leur automatisme nocif caractérise tout particulièrement le délire des persécutions. De là les interprétations des malades qui voient tout autour d'eux des intentions ironiques et malveillantes, des puissances acharnées contre leur personne.

Les véritables hallucinations, comme l'enseigne la clinique, n'apparaissent que secondairement, et sont vraisemblablement subordonnées à l'automatisme moteur, à l'exercice involontaire de l'imagination, ainsi que l'ont soutenu les meilleurs observateurs.

Les hallucinations suggérées ne s'expliquent guère que par une réaction intellectuelle. La même influence active est manifeste dans les cas d'hallucinations provoquées par la volonté [1]. Ce que peut la volonté, se produit sans doute bien plus aisément par l'automatisme déjà détaché du moi et adhérent aux images.

Ainsi se poursuit jusque dans ses éléments hallucinatoires le caractère automatique du délire des persécutions. Dans les phases avancées de la maladie, par l'extension et la généralisation du trouble maladif, le moi est atteint à son tour. « On finira par me rendre fou », disent les malades. Les idées de grandeur se produisent par l'envahissement dans la sphère du moi, du même dynamisme qui donne naissance aux idées de force et de puissance extérieure quand il reste limité à la sphère de l'automatisme. La lutte et le conflit n'en persistent pas moins jusque dans les périodes avancées de la maladie. Le délire des persécutions se développe rarement sur un fonds de bienveillance et, seule, la bienveillance universelle peut établir en nous l'harmonie mentale et la paix intérieure. (*Applaudissements.*)

[1] Maudsley *Pathologie de l'esprit*, p. 395. Parant. *Ann. médico-psychologiques*. 1882. t. VII, p. 378.

DISCUSSION

M. Paul Garnier. — Tout en donnant mon adhésion, d'une façon générale, aux considérations si élevées contenues dans la très intéressante communication de M. Cotard, et tout en reconnaissant qu'il peut exister un lien étroit entre les idées de force et de puissance des aliénés et les phénomènes moteurs, je me vois obligé cependant, par la considération de faits contradictoires, à émettre quelques réserves au sujet de la généralisation de cette interprétation. L'observation clinique montre, en effet, des paralytiques généraux qui, tout en possédant la pleine conviction de leur force et de leur puissance, n'en sont pas moins amoindris dans leurs manifestations motrices. Est-il besoin de rappeler le cas de ces déments en plein marasme, qui, au milieu de leur profonde déchéance, nous entretiennent cependant de leurs rêves de grandeur et vantent leur énergie physique ? Il semble donc que l'interprétation de M. Cotard, vraisemblable en ce qui concerne les états de manie où *l'hyperactivité motrice* est, en effet, en rapport avec *l'hyperactivité mentale*, ne saurait être absolument généralisée puisque l'observation clinique, la seule à laquelle notre savant confrère veuille faire allusion en ce moment, ne lui prête pas sa confirmation sur tous les points.

M. Charpentier. — Je désire mettre en relief un point qui a été mis de côté par M. Cotard dans son intéressante communication touchant l'origine psycho-motrice du délire. M. Cotard nous a, avec un grand talent, exposé l'influence prépondérante de l'exercice automatique spontané des représentations mentales, motrices et sensorielles, venant envahir graduellement le moi, au point de le dénaturer, de le décomposer, de s'imposer à lui, de le subjuguer et de le diriger. Mais il n'a pas insisté sur cette part que le moi, composé et résultante et aussi coordinateur de ces mêmes représentations, exerce sur la production du délire. — Pour que le délire existe, il faut que le pouvoir coordinateur du moi soit altéré ; le trouble de ce pouvoir de coordination est le fait fondamental de la production du délire et domine l'influence de ces représentations qui n'est que secondaire ou accessoire dans cette production.

Reportons-nous à ce qui se passe dans la pathologie générale. — Quand un organe vient à être soustrait à l'influence directrice,

régulatrice de son système nerveux spécial ou du système nerveux central, que se passe-t-il ? C'est que les éléments cellules qui le composent retrouvent une spontanéité, un automatisme, une indépendance, une autonomie tels que leur fonctionnement exagéré pervertit leurs conditions de nutrition, et par suite des désordres morbides d'où résulte la maladie de l'organe. A son tour cet organe malade trouble le jeu fonctionnel de toute l'économie à un point tel que souvent le point de départ est méconnu.

De même dans le domaine cérébral, ce n'est que par un affaiblissement primordial du moi coordinateur, tout en admettant bien entendu que ce moi n'est qu'une résultante des unités qui le composent, ce n'est qu'à cette condition que le délire éclate sous l'influence devenue alors prépondérante des représentations motrices et sensorielles. Tant que ce pouvoir coordinateur n'est pas atteint, il peut y avoir angoisse, obsession, etc., il n'y a pas de délire.

En résumé, le délire est la double résultante : 1° de l'affaiblissement du moi coordinateur ; et 2° de l'influence prépondérante consécutivement des représentations mentales agissant avec d'autant plus de liberté et par suite de désordre qu'elles ne sont plus présidées.

M. Doutrebente. — Messieurs, l'exemple que M. Garnier tire de la paralysie générale, pour combattre l'origine psycho-motrice du délire, me paraît mal choisi. Dire, en effet, que les paralytiques ont perdu plus ou moins complètement tout ou partie de leur énergie musculaire peut être vrai, en temps ordinaire ; mais il n'en est pas ainsi dans la paralysie générale, mauvais mot, puisque les malades qui en sont atteints ne sont jamais complètement paralysés. J'affirme, au contraire, qu'ils conservent, parfois jusqu'à la période ultime, de la force musculaire et que les désordres de l'appareil locomoteur sont chez eux de nature ataxique et non pas de nature paralytique.

M. Ritti. — J'ajouterai un mot à ce que vient de dire M. Doutrebente. En supposant même que les paralytiques généraux deviennent, à un moment donné de leur affection, des impuissants moteurs, cela ne détruit pas la thèse soutenue par mon ami Cotard. Ces idées de grandeur, de force, de puissance, etc., qui se sont produites chez eux aux premières périodes de la maladie, alors que la force musculaire était intacte et même surexcitée, ne peuvent-elles pas survivre à la disparition de cette force? et les

malades les répéter alors par une sorte d'automatisme cérébral bien connu? Nous voyons d'ailleurs journellement des idées délirantes survivre aux causes qui les ont produites. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans le cas de la paralysie générale, que M. Paul Garnier oppose aux idées si savamment développées dans le travail que je viens de vous communiquer au nom de notre collègue. M. Cotard ne s'est occupé, dans sa communication, que de l'*origine* psycho-motrice de certaines idées délirantes; mais ces idées une fois créées peuvent persister, je le répète, alors même que la cause génératrice a cessé d'agir.

M. Soutzo. — La communication de M. Cotard est très intéressante et l'explication qu'il nous donne sur l'origine psychomotrice du délire est assurément très ingénieuse. Ce n'est néanmoins qu'une théorie et, comme telle, passible de plus d'une observation. Je n'en ferai qu'une; c'est celle de ne pas voir cette communication étayée sur des autopsies. Je crois que l'anatomie pathologique, au degré où est arrivée notre science, peut expliquer la grande majorité des délires que nous observons chez nos malades. Je prends l'exemple qu'a pris M. Garnier, la paralysie générale. Cette maladie résume en elle tous les délires : la mégalomanie et la micromanie, le délire hypocondriaque et le délire sensoriel, le délire moral et le délire impulsif. Quant à la doctrine, pour moi indiscutable, des localisations cérébrales, ces délires sont parfaitement explicables. Le délire des grandeurs, par la lésion des régions psychiques du cerveau (les parties antérieures des circonvolutions frontales); le délire impulsif avec mouvements désordonnés, par la lésion des régions psychomotrices (circonvolutions frontales et pariétales ascendantes avec leurs lobules respectifs); le délire sensoriel, par la lésion des régions psycho-sensorielles (circonvolutions spino-occipitales); le délire hypocondriaque avec des troubles trophiques, par la lésion des régions psycho-végétatives (circonvolutions occipitales postérieures). Ce que j'ai l'honneur de vous dire n'est pas une simple vue théorique, c'est le résultat des centaines d'autopsies que j'ai eu l'occasion de faire depuis bientôt vingt ans que je suis à l'hospice que je dirige. Je crois que dans l'anatomie pathologique seulement nous pourrons trouver l'explication des différents phénomènes que nous observons chez les aliénés. Quoi qu'il en soit, la théorie de M. Cotard est un pas fait de plus dans l'interprétation rationnelle du délire et je ne puis que l'en remercier.

M. Gilbert Ballet. — Bien que je sois un partisan convaincu des localisations cérébrales, je suis de ceux qui pensent qu'il ne faut pas demander à la doctrine plus qu'elle ne peut donner. Or (si l'on excepte les troubles du langage), je ne sache pas que jusqu'à présent les faits nous aient appris grand'chose au sujet de la localisation des fonctions intellectuelles, dont l'analyse psychologique est encore d'ailleurs parfaitement insuffante. Il me semble donc dangereux de vouloir compliquer la question, et puisque M. Cotard s'est placé exclusivement sur le terrain de l'observation clinique et de l'interprétation psychologique des faits, je crois qu'il y a avantage à laisser la discussion sur ce terrain.

En m'y tenant, je ferai une simple remarque à propos de la communication de notre collègue. M. Cotard a fait ressortir la corrélation qui existe cliniquement entre certains troubles intellectuels et certains phénomènes moteurs. Cette partie de son travail me paraît inattaquable. On sait d'ailleurs, notamment par l'étude psychologique de l'attention, comme l'a montré M. Ribot, la relation étroite qui rattache à certaines manifestations psychiques certaines contractions musculaires.

Mais où M. Cotard me paraît aller un peu vite, c'est lorsqu'il subordonne l'état mental aux phénomènes moteurs. C'est peut-être intervertir l'ordre des facteurs. Et je pense qu'il y a lieu de faire à ce sujet quelques réserves. Dans tous les cas, actuellement, il me semble prudent de s'en tenir à la constatation des faits, sans prétendre à une interprétation qui me paraît trop prématurée pour être décisive.

M. Paul Garnier. — Pour donner à ma remarque toute sa portée, j'ai eu soin de ne mettre en cause que les paralytiques généraux parvenus à la cachexie, c'est-à-dire ceux que leur état parétique relègue au lit ou sur le fauteuil percé. Beaucoup de ces malheureux, quoique en plein gâtisme, n'en veulent pas moins faire mesurer leur puissance, n'en parlent pas moins de leurs millions. De plus, il existe des paralytiques généraux assez torpides, assez semblables à des mélancoliques inertes et passifs et qui émettent néanmoins des idées de richesse, de force, etc. Peut-on classer ces malades parmi les hyperkynésiques ?

Dans sa réponse à mes objections, M. Ballet me fait observer que les paralytiques généraux ont la sensation d'un effort accompli ; mais il me semble que c'est avant tout la manifestation exté-

rieure de l'activité motrice que M. Cotard vise dans son mémoire et non la simple illusion que ces malades se font de leur force.

M. Gilbert Ballet. — Je ne crois pas que, même à la période avancée de l'affection, on puisse dire des paralytiques généraux qu'il sont, à proprement parler, des *impuissants* au point de vue musculaire. L'objection de M. P. Garnier n'a donc peut-être pas toute la valeur qu'il lui attribue. D'ailleurs ne pourrait-on pas admettre que les centres moteurs conservent la faculté de ressentir les excitations, alors même qu'ils ont perdu le pouvoir de traduire ces excitations ? La possibilité de la chose semble établie par certains faits observés chez des hystériques anesthésiques.

M. Korsakoff. — A la communication de M. Cotard, j'ai à ajouter qu'il y a en Allemagne une école, celle de M. le professeur Cramer [1] de Marbourg, qui pense que les idées délirantes sont souvent en rapport avec le sens musculaire. M. Cramer enseigne que ce sont les hallucinations ou les illusions de sens musculaire qui sont l'origine de certaines idées délirantes chez les vésaniques.

M. le Président. — La discussion sur le mémoire de M. Cotard est close. Je donne la parole à M. Korsakoff, de Moscou, pour la lecture de sa communication.

SUR UNE FORME DE MALADIE MENTALE COMBINÉE AVEC LA NEURITE MULTIPLE DÉGÉNÉRATIVE

(PSYCHOSIS POLYNEURITICA SEU CEREBROPATHIA PSYCHICA TOXŒMICA)

M. S. S. Korsakoff, *privat-docent de l'Université de Moscou*. — Dans deux articles [2] insérés dans les journaux médicaux russes, j'ai décrit une forme particulière de maladie mentale qui apparaît combinée avec la neurite multiple. Je crois nécessaire d'attirer encore une fois l'attention sur cette forme, car, à mon avis, elle est trop peu connue des médecins, et cependant elle se présente assez fréquemment dans la pratique non seulement des médecins aliénistes, mais aussi des autres spécialistes. Je dirai plus : la plu-

(1) *Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung*, par Aug. Cramer, fils de M. le professeur Cramer ; 1889, Freiburg.

(2) S. Korsakoff. *Troubles de l'activité psychique dans la paralysie alcoolique et leurs rapports avec les troubles de la sphère psychique dans la neurite multiple d'origine non alcoolique.* T. IV. *Wiestnik Psychiatrisi.* 1887. — *Sur quelques cas de cérébropathie à forme spéciale dans la neurite multiple;* N.N. 5, 6, 7, *Ejenedélnaia Klinitcheskaia gazeta*, 1889.

part des cas de cette forme ne sont pas observés par les aliénistes, mais par les médecins des maladies internes ou par les gynécologues; car cette affection se développe le plus souvent dans le cours d'autres maladies, telles que les maladies puerpérales, les maladies infectieuses aiguës et certaines maladies chroniques. Dans presque tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, l'apparition des symptômes de cette forme a rendu perplexe le médecin chargé du traitement, de sorte qu'il devait appeler un spécialiste pour les maladies nerveuses. Je dois dire toutefois que cette forme de maladie mentale est encore peu connue même des spécialistes ; du moins elle n'est décrite nulle part comme une forme distincte. Cependant cette maladie offre des caractères très distinctifs. Ce qui la caractérise tout d'abord, c'est la combinaison des troubles psychiques avec les phénomènes de la neurite multiple dégénérative. Dans la grande majorité des cas, on peut observer les signes de la neurite multiple. Dans quelques cas cependant, les symptômes de la neurite sont peu prononcés. Par contre, dans d'autres cas, les phénomènes de la neurite : paralysies, contractures, amyotrophie, douleurs, etc., se manifestent avec une telle violence que les troubles psychiques se trouvent parfois relégués au second plan. En outre, indépendamment de leur combinaison avec les phénomènes de la neurite, le complexus même des symptômes du désordre psychique est très caractéristique. Mentionnons surtout les altérations de la mémoire et de l'association des idées.

Tout cela réuni donne à cette maladie un caractère si spécial qu'il est étonnant qu'elle n'ait pas été décrite jusqu'à présent. Cela me paraît pouvoir s'expliquer par ce fait que la maladie en question apparaît ordinairement pendant le cours d'autres maladies qui absorbent toute l'attention du médecin et lui font négliger une complication survenue du côté du système nerveux. En effet, la maladie débute souvent d'une manière si insidieuse qu'elle échappe à l'observation. Comme elle apparaît ordinairement comme une complication de maladies graves, telles que les maladies puerpérales, le typhus, etc., ses symptômes initiaux sont confondus avec la faiblesse habituelle dans ces cas, avec l'épuisement du système nerveux, l'anémie du cerveau, etc. Ordinairement elle débute de la manière suivante : le malade est pris de vomissements, souvent très opiniâtres, suivis d'une extrême faiblesse. Le malade, qui marchait jusqu'à ce moment, commence à chanceler, sa démarche devient ataxique, finalement il est dans l'impossibilité de se lever et doit garder le lit. Alors apparaissent les paralysies des extrémités

inférieures avec troubles fréquents de la flexion de la hanche, du mouvement des doigts et des pieds. Il n'est pas rare de voir la paralysie des jambes suivie de paralysie aux mains: on observe tout d'abord des troubles du mouvement du poignet et des doigts. Ces phénomènes sont souvent accompagnés de douleurs aux pieds et aux mains. On voit se développer des amyotrophies; la contractilité électrique disparaît, des contractures se développent, parfois apparaît de l'œdème; ordinairement les réflexes patellaires disparaissent de bonne heure. Dans les cas graves il peut survenir une paralysie complète des extrémités; il peut s'y ajouter la paralysie des muscles du tronc, de la vessie, du diaphragme, et enfin, sous l'influence des troubles de l'activité du nerf pneumogastrique, la paralysie du cœur.

Parallèlement à ces symptômes, qui caractérisent la neurite multiple dégénérative, apparaissent les indices d'un trouble psychique. Au premier moment ils n'éveillent presque pas l'attention du médecin, qui les prend pour les signes d'une simple irritabilité ou d'un affaiblissement de l'activité du système nerveux provenant de la faiblesse générale. En effet, dans les premiers temps les malades sont ou capricieux à l'excès et très exigeants, ou au contraire très apathiques ou très indolents, tels, en un mot, que le sont généralement les hommes arrivés à un degré extrême d'épuisement; mais ensuite on voit survenir ordinairement quelques symptômes qui forcent le médecin à reconnaître qu'il ne s'agit pas seulement ici d'une forme ordinaire de faiblesse nerveuse. Ces symptômes revêtent la forme soit d'une irritabilité insupportable, soit d'une anxiété extrême; ils se manifestent parfois par des accès de folie furieuse avec troubles de la conscience, ou par un affaiblissement extrême de la sphère psychique et des troubles profonds de la mémoire. En observant alors avec attention ces symptômes du côté de la sphère psychique on peut remarquer une foule de détails intéressants, très caractéristiques au point de vue du diagnostic de la maladie. A proprement parler, les symptômes psychiques ne se manifestent pas de la même manière dans tous les cas; dans certains cas ils sont plus accentués, dans d'autres ils le sont moins; suivant les cas, telle ou telle nuance prédomine. En examinant l'ensemble des faits observés on peut arriver à la conclusion suivante: dans certains cas *prédominent* des phénomènes d'irritabilité poussée à l'extrême, des phénomènes d'agitation avec conservation relative de la conscience; dans d'autres cas, au contraire, prédominent

les troubles de la conscience; quelquefois enfin on voit apparaître au premier plan un trouble caractéristique de la mémoire, une amnésie spéciale. Quand le trouble psychique consiste principalement en une impressionnabilité ou une irritabilité exagérée, il se manifeste le plus souvent par une agitation extrême, de l'anxiété, une terreur vague. Le malade ne peut se soustraire aux inquiétudes qui l'assiègent, il appréhende je ne sais quoi de terrible, — la mort, une attaque, etc.; quelquefois il est incapable de formuler ce qu'il craint, il a peur de rester seul, il appelle sans cesse, il pousse des gémissements, il se lamente sur son sort. De temps en temps, il pousse des cris sauvages, il a des accès semblables à ceux de l'hystérie, pendant lesquels il est capricieux, il injurie les personnes qui l'entourent, leur lance des objets à la tête, se donne des coups dans la poitrine, etc. C'est surtout pendant la nuit que l'agitation est extrême : ordinairement les malades ne dorment pas et empêchent les autres de dormir; ils appellent sans cesse, ils exigent qu'on reste assis près d'eux, qu'on les change de place, qu'on leur tienne compagnie, etc.

Assez souvent la conscience reste à peu près intacte. Pourtant dans un grand nombre de cas de la maladie en question, la période d'agitation des premiers jours est suivie d'un trouble assez marqué de la conscience : la parole du malade devient embrouillée, il parle sans suite, confond les faits. De jour en jour, le trouble de l'association des idées augmente : le malade tient des monologues extravagants, il parle de voyages imaginaires, confond ses souvenirs anciens avec les faits récents, n'a pas conscience de l'endroit où il se trouve, des personnes qui l'entourent; parfois se montrent des hallucinations et des illusions de la vue et de l'ouïe, qui augmentent encore la confusion des idées. Quelquefois, au milieu de ce désordre, le malade garde un calme absolu, parfois aussi il est agité.

L'agitation se montre principalement le soir : le malade commence à se tourmenter; il devient exigeant, il veut se lever, partir, il s'irrite parce qu'on ne lui donne pas les habits qu'il demande, etc.; parfois l'agitation atteint un haut degré d'intensité ; alors apparaissent des accès de fureur. Ordinairement cette dernière se montre au début de la maladie ; plus tard, bien que l'excitation persiste, elle n'a plus ce même caractère de véhémence et se borne à ce que le malade chante durant des nuits entières, se parle à lui-même ou bien marmotte à voix basse. Parfois le dé-

sordre de la conscience atteint dans la forme que je décris un degré extrême d'intensité et peut aboutir à la perte presque totale de la conscience.

Presque toujours avec le désordre de la conscience on observe un trouble de la mémoire; parfois aussi ce trouble se présente presque- seul. Dans ces derniers cas, le trouble de la mémoire revêt la forme d'une amnésie spécifique qui se traduit principalement par le désordre de la mémoire des faits récents, qui viennent de s'accomplir, tandis que la mémoire des faits anciens est assez bien conservée. La plupart du temps cette sorte d'amnésie se développe après une période préliminaire d'excitation liée à l'état délirant; cette excitation se prolonge pendant quelques jours, ensuite le malade se calme, sa conscience redevient plus lucide ; on dirait qu'il reprend possession de son intelligence et de la faculté de percevoir avec justesse, mais sa mémoire reste profondément lésée. Ce trouble de la mémoire se manifeste surtout par ce fait que le malade ne cesse de poser les mêmes questions et de répéter les mêmes récits. Au premier abord, il est difficile de remarquer en lui l'existence d'un trouble psychique ; il produit l'impression d'un homme en pleine possession de sa raison; il raisonne avec justesse, ses déductions sont exactes, il plaisante, joue bien aux échecs, aux cartes, en un mot il se comporte comme un homme sain d'esprit; ce n'est qu'après une conversation prolongée que l'on s'aperçoit que, de temps en temps, le malade confond les événements, qu'il n'a pas le moindre souvenir de ce qui se passe autour de lui, il ne se rappelle pas s'il a mangé, s'il s'est levé. Parfois le malade oublie à l'instant même ce qui vient d'avoir lieu : vous vous êtes approché de son lit, vous lui avez parlé, vous êtes sorti pour un instant, puis vous êtes rentré et le malade ne se souvient pas que vous soyez venu auparavant. Les malades de cette catégorie peuvent quelquefois lire pendant des heures entières la même page, parce qu'ils ne gardent pas le moindre souvenir de ce qu'il ont lu. Ils peuvent parler de la même chose vingt fois de suite, car ils ne se doutent même pas le moins du monde qu'ils rabâchent les mêmes phrases en employant des expressions stéréotypées. Le malade ne peut souvent pas se rappeler les personnes qu'il n'a vues que dès le début de sa maladie, par exemple le médecin qui le soigne ou la garde-malade qui le veille, bien qu'ils les voie constamment près de lui; chaque fois qu'il les aperçoit, il affirme qu'il les voit pour la première fois.

Un fait digne de remarque, c'est que les malades, tout en oubliant les événements qui viennent de s'écouler, conservent ordinairement à peu près intact le souvenir des faits passés antérieurs à la maladie. Tout ce qui s'est passé depuis le début de la maladie et immédiatement avant est ordinairement oublié. Au reste cela n'a lieu que dans les cas les plus typiques, dans les autres cas, la mémoire des faits anciens est également altérée.

Il faut remarquer qu'en général les manifestations de l'amnésie diffèrent un peu, suivant le degré de la maladie, suivant la gravité de la lésion. Ainsi par exemple, dans les degrés les plus faibles, il n'y a pas abolition complète de la mémoire des choses récentes; le malade se souvient confusément des faits, sans s'en rendre bien compte; dans certains cas le malade se souvient des faits eux-mêmes, mais non de l'époque à laquelle ils se sont accomplis; dans d'autres cas les malades ne se rappellent même pas ce qu'ils ont dit, ils redemandent et racontent sans cesse la même chose; quelquefois tous les faits peuvent être rappelés, mais alors le malade a besoin de certaines conditions particulières pour pouvoir retrouver la trace de ces faits dans sa conscience et pour se rappeler ce qu'il a oublié. Au contraire, dans les cas très graves, l'amnésie est beaucoup plus profonde; on constate la disparition de la mémoire non seulement des faits récents, mais des faits depuis longtemps écoulés; le plus souvent il arrive, dans ces cas graves, que le présent disparaît immédiatement de la mémoire du malade, qui ne se souvient plus que des événements survenus des dizaines d'années auparavant et confond les vieux souvenirs avec les perceptions du présent. C'est pourquoi les malades se croient dans le milieu où ils étaient il y a trente ou quarante ans et prennent ceux qui les entourent pour des personnes qu'ils ont connues à cette époque, alors qu'elles sont peut-être mortes depuis longtemps.

Dans les formes encore plus graves, la mémoire des faits disparaît complètement et parfois même celle des mots : le malade oublie son propre nom, et, au lieu de mots, articule des sons entrecoupés. Dans les formes graves d'amnésie on observe ordinairement un trouble profond de la conscience et, dans les cas exceptionnellement graves, une perte presque totale de la conscience.

Dans la forme décrite ci-dessus, l'amnésie ne reste pas stationnaire; elle peut croître ou décroître. Son degré d'intensité dépend parfois de conditions temporaires; il suffit souvent d'un effort d'attention de la part du malade pour produire une amélioration; au contraire, sous l'influence de la fatigue, la mémoire devient

plus mauvaise. Mais le plus souvent l'intensité de l'amnésie dépend du développement général de la maladie, de la gravité de la lésion : si l'état du malade s'améliore, l'amnésie diminue et peut disparaître entièrement ; si au contraire l'état empire, l'amnésie devient de plus en plus profonde, et aux symptômes de l'amnésie viennent s'ajouter ceux du trouble de la conscience et de l'incohérence des idées.

A ce sujet il convient de remarquer que dans les amnésies de ce genre, un certain degré de confusion peut être souvent constaté, mais dans la plupart des cas les plus typiques le désaccord de la conscience implique surtout les événements passés et ne s'attaque pas aux perceptions du malade à un moment donné : très souvent à une question sur la manière dont il passe son temps, le malade fait une réponse tout à fait opposée à la réalité : il racontera par exemple que la veille il s'est promené dans la ville, alors que depuis deux mois il n'a pas quitté le lit ; il parlera de visites, de conversations imaginaires, etc. ; parfois les malades de cette catégorie inventent quelque récit fantastique qu'ils répètent sans cesse ; il en résulte une forme particulière de délire basée sur de faux souvenirs (pseudo-réminiscences).

Ce sont là les traits les plus caractéristiques de cette maladie mentale, tels qu'on les observe chez les malades atteints de la forme morbide que j'ai décrite. Aux symptômes psychiques coïncident ordinairement, ainsi que je l'ai dit plus haut, les symptômes de la neurite multiple dégénérative sous la forme de paralysies des extrémités inférieures et quelquefois aussi des extrémités supérieures. On doit observer toutefois que, dans bien des cas, les symptômes de la neurite multiple sont loin d'être franchement prononcés : dans certains cas les seuls indices de la neurite sont une faible douleur dans les jambes, une démarche chancelante ; même les réflexes patellaires ne disparaissent pas toujours, quelquefois ils sont accrus ou ne subissent aucune modification. Au reste un examen attentif permettra toujours de découvrir quelques symptômes de neurite, qui aideront à établir le diagnostic de l'affection psychique.

Indépendamment des phénomènes de la neurite, on trouve ordinairement dans cette forme les indices d'une perturbation de tout l'organisme ; presque toujours on observe un amaigrissement excessif, fréquemment aussi des vomissements opiniâtres, une diminution de la sécrétion de l'urine, qui est d'un rouge foncé ; les phénomènes de la myosite ne sont pas rares ; on remarque quel-

quefois un désordre de l'activité du cœur (inégalité du pouls, arythmie); quelquefois l'hydropisie se déclare ; chez les femmes il y a suppression des règles ; parfois on constate une faible élévation de la température, etc.

Du côté du système nerveux, indépendamment de la neurite et des symptômes du trouble des hémisphères cérébraux, on remarque souvent des symptômes du côté de la moelle épinière et du bulbe (troubles du langage, troubles de la déglutition). Quelquefois on remarque l'ophtalmoplégie externe, le nystagmus et autres phénomènes analogues.

La marche et l'issue de la maladie dépendent de son intensité et des conditions dans lesquelles elle s'est développée.

Ainsi que je l'ai déjà dit, cette affection apparaît très souvent pendant le cours d'autres maladies aiguës ou chroniques ; on la rencontre souvent aussi dans l'alcoolisme chronique et en général dans les différentes intoxications. Son début et sa marche varient suivant les conditions dans lesquels elle se développe. Ainsi dans l'alcoolisme elle débute souvent par des symptômes ressemblant au delirium tremens, auxquels viennent s'ajouter ensuite les paralysies et les troubles caractéristiques de la mémoire. Il n'est pas rare d'observer un début analogue à celui-ci dans les maladies puerpérales : apparition soudaine d'un accès de panophobie et d'excitation poussée à l'extrême, suivi de troubles de la conscience avec altération de la mémoire et autres symptômes.

Dans d'autres cas, chez les malades très épuisés, la maladie se développe insensiblement, sans début bien marqué, la mémoire diminue progressivement, puis surviennent des troubles de la conscience qui atteignent quelquefois le plus haut degré d'intensité.

L'issue de la maladie dépend aussi de son intensité et des conditions dans lesquelles elle s'est développée. Si la cause de la maladie peut être éloignée, son issue est souvent favorable ; la guérison n'a lieu ordinairement, il est vrai, qu'après un temps assez long : la convalescence dure des mois et plus souvent encore des années. Si au contraire la cause de la maladie est irréprimable, si par exemple elle s'est développée sur le terrain d'une cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, son issue est le plus souvent défavorable.

Elle peut également se terminer par la mort si les phénomènes morbides sont très intenses et l'organisme profondément débilité.

Ainsi donc la marche et l'issue de la maladie dépendent principalement de son étiologie. L'étiologie de cette forme est identique à celle de la neurite multiple. Presque toutes les causes qui peuvent déterminer la neurite multiple, peuvent également provoquer la forme de maladie mentale que je décris.

Comme la neurite multiple se rencontre plus fréquemment chez les buveurs, la forme décrite s'observe très souvent dans la neurite alcoolique ou dans la paralysie alcoolique. Dans cette dernière maladie le trouble psychique qui nous intéresse a été observé depuis longtemps par divers savants; mais bien peu d'entre eux ont saisi le rapport intime qui existe entre cette maladie mentale et la neurite; la psychose ne leur a semblé qu'une complication de la maladie sous l'influence de l'alcoolisme. Cependant j'ai déjà indiqué dans mon premier article sur ce sujet qu'un trouble psychique absolument pareil accompagne certaines formes de la neurite multiple, dans l'étiologie desquelles l'alcool ne joue aucun rôle.

Jusqu'à présent j'ai publié 14 cas de neurite multiple non alcoolique avec troubles psychiques fortement marqués. L'observation de ces cas m'a forcé de rattacher le trouble psychique en question à la neurite multiple en général et d'expliquer l'origine de ce trouble par l'influence des mêmes conditions morbides qui provoquent la neurite multiple. Ces conditions, à ce qu'il paraît, ne provoquent pas toujours dans la même mesure le trouble psychique et la neurite; dans certains cas, les symptômes de la neurite sont plus accentués, parce que les agents morbides agissent principalement sur le système nerveux périphérique; dans d'autres cas, les symptômes psychiques prédominent, la substance du cerveau étant plus particulièrement atteinte; dans d'autres cas enfin, les troubles du cerveau et du système nerveux périphérique sont presque égaux en intensité. Selon toute probabilité, il se produit quelquefois dans ces mêmes conditions des lésions de différentes parties du bulbe et de la moelle épinière [1].

On se demandera : quelles sont donc les conditions dans lesquelles se développe la maladie en question, quels sont donc ces agents morbides qui la provoquent?

[1] Je me suis étendu longuement sur les conditions dans lesquelles se développe la neurite multiple dans un article intitulé : « *Sur la pathogénie de la paralysie spinale atrophique et de la neurite multiple* ». — *Archives de psychiatrie*. Kharkoff, 1887, t. IX.

Si l'on examine l'étiologie des 14 cas que j'ai publiés, on verra que les causes de la maladie sont très variées; on remarquera entre autres causes déterminantes le séjour du fœtus en décomposition dans la matrice, la septicémie puerpérale, l'accumulation des matières fécales, le typhus, la tuberculose, le diabète sucré, l'ictère, le lymphadénome, etc. Si l'on ajoute à cela que cette même forme s'observe dans l'alcoolisme, dans les intoxications arsenicales, saturnines, dans les empoisonnements par le sulfure de carbone, par l'oxyde de carbone, l'ergot de seigle, etc., nous voyons que les causes qui peuvent provoquer la maladie en question sont très variées. Cependant il est facile de s'apercevoir qu'elles présentent un trait commun; dans toutes les conditions mentionnées ci-dessus on peut observer une composition anormale du sang, une accumulation de substances toxiques dans le sang; ce sont probablement ces substances qui empoisonnent le système nerveux; ajoutons que dans certains cas la lésion se porte de préférence sur le système nerveux périphérique, dans d'autres sur le système central; souvent l'un et l'autre de ces systèmes sont affectés au même degré.

Quelles sont donc ces substances toxiques? Il est difficile de le dire, mais selon toute probabilité, dans un grand nombre de cas, ce sont certains ptomaïnes ou leucomaïnes venus du dehors ou développés dans l'organisme lui-même, sous l'influence des conditions favorables à ce développement et à l'auto-intoxication, comme le typhus, le tuberculose, la rétention des matières fécales, la décomposition du fœtus, etc.

Toutes ces raisons justifient la dénomination de « Cérébropathia psychica toxœmica » que j'ai donnée à la maladie mentale en question. On aurait pu aussi l'appeler psychose polyneuritique (psychosis polyneuritica); mais, en employant cette dénomination, il ne faut pas perdre de vue qu'il peut se présenter des cas de trouble psychique identique où les symptômes de la neurite multiple dégénérative peuvent n'être que très faiblement prononcés et passer inaperçus.

Pour ce qui concerne l'anatomie pathologique de cette maladie, elle n'est pas encore suffisamment étudiée. Néanmoins l'existence de la neurite multiple dégénérative dans cette forme peut être considérée comme un fait prouvé. Une femme souffrant de ladite maladie est morte cette année dans la clinique psychiatrique de Moscou. Presque tous les nerfs avaient été envahis par la neurite dégénérative; certains faisceaux nerveux présentaient

tous les signes de la neurite segmentaire périaxile décrite par M. Gombault. L'exploration du cerveau et de la moelle épinière n'étant pas encore terminée, il m'est impossible de donner une description exacte de ce cas.

J'ai eu l'occasion d'observer plus de 50 cas de trouble psychique lié à la neurite multiple. Mais dans plus de 30 cas l'une des causes principales de la maladie était l'alcoolisme chronique. Les descriptions de cas semblables sont assez nombreuses dans la littérature médicale, c'est pourquoi je ne les énumérerai pas ici.

Il est bien plus intéressant d'observer les cas de neurite multiple associée à un trouble psychique, qui n'ont pas été provoqués par l'alcool. Il est très peu question de ces derniers dans la littérature médicale. Jusqu'à présent j'ai décrit 14 cas de ce genre; à ce nombre je puis ajouter encore deux nouvelles observations. Voici le résumé des 14 observations que j'ai publiées jusqu'à ce jour.

Observation I.

Femme âgée de vingt-huit ans. A la suite de couches avec expulsion du fœtus en décomposition, sont apparus les symptômes de la neurite multiple (paralysie des extrémités inférieures et supérieures, douleurs atroces, atrophie des muscles, contractures, etc.), et à côté de ces symptômes un trouble mental caractérisé au début par la *panophobie*, une agitation excessive, de l'irritabilité, des accès de démence et des troubles de la mémoire. L'agitation disparut au bout de neuf mois ; mais les troubles de la mémoire persistèrent pendant plusieurs années, en diminuant graduellement. Les paralysies diminuèrent également sans arriver toutefois à la guérison complète ; la malade mourut subitement huit ans après le début de la maladie.

Observation II.

Femme de vingt-deux ans. A la suite de couches se déclara une paramétrite accompagnée d'une fièvre intense. Ensuite apparurent les symptômes d'une neurite multiple grave (paralysie des extrémités supérieures et inférieures, douleurs, atrophie des muscles, contractures), ainsi qu'un trouble psychique se traduisant par la confusion des idées avec troubles caractéristiques de la mémoire. Le trouble psychique disparut au bout de quelques mois ; les paralysies ne diminuèrent que très lentement pendant une période de plusieurs années. La guérison n'est pas encore sur venue.

Observation III.

Femme mariée, âgée de vingt-huit ans. Au mois d'octobre 1884, elle fut atteinte d'une affection des organes de la cavité pelvienne. Cette affection demeura sans diagnostic précis et provoqua une fièvre intense. (Il s'agissait

probablement d'une paramétrite purulente.) Au mois de décembre, apparurent les symptômes de la neurite multiple (paralysie des jambes, parésie des mains, atrophie des muscles, contractures, douleurs). A côté de ces symptômes se manifesta un trouble psychique présentant les signes suivants : altération du caractère qui devint exigeant et entêté, ensuite troubles profonds de la mémoire, de temps en temps accès de fureur avec hallucinations et idées délirantes. Le trouble psychique disparut au bout de cinq mois, les paralysies cessèrent la deuxième année qui suivit le commencement de la maladie.

Observation IV.

Jeune fille de dix-neuf ans. Au mois d'août 1885, à la suite de douleurs au ventre, se déclara une fièvre accompagnée de vomissements opiniâtres ; ensuite se montrèrent les phénomènes de la neurite multiple et de la myosite multiple. A ces phénomènes vint s'ajouter un trouble psychique profond, se traduisant par une grande incohérence, par un désordre de l'association des idées, par de l'excitation et une amnésie profonde. Le trouble psychique disparut au bout d'une année, mais les mouvements ne se rétablirent complètement qu'au bout de trois ans.

Observation V.

Homme âgé de quarante ans. Typhus suivi de neurite (douleurs dans différents troncs nerveux), troubles profonds de la mémoire des faits récents avec conservation de la lucidité de la conscience. Les neurites disparurent de bonne heure, le désordre de la mémoire dura longtemps, mais en diminuant graduellement.

Observation VI.

Homme âgé de soixante-cinq ans. Au mois de juillet 1886, apparition des symptômes de l'occlusion intestinale (vomissements excrémentitiels, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre). Une semaine après le début de la maladie — déperdition croissante de la mémoire, suivie d'un désordre profond de la conscience ; faiblesse dans les jambes, douleurs à la pression exercée sur les nerfs, perte des réflexes tendineux. Mort un mois et demi après le début de la maladie.

Observation VII.

Femme âgée d'environ trente ans, souffrant depuis longtemps de la maladie de Basedow et atteinte du ver solitaire ; dans les derniers temps apparition de la tuberculose pulmonaire. L'administration d'une dose de extr. filic. maris fut suivie de vomissements opiniâtres, puis d'un trouble psychique se traduisant par une agitation extrême et une altération profonde de la mémoire, avec incohérence des représentations. Mentionnons en outre l'incertitude de la démarche et l'affaiblissement des réflexes patellaires. La malade mourut un mois et demi après le début de la maladie.

Observation VIII.

Homme âgé de soixante ans. Polyurie diabétique ; au mois de juillet 1880, vomissements, démarche vacillante, faiblesse croissante des extrémités inférieures avec perte des réflexes patellaires. En même temps, troubles profonds de la mémoire et des associations. L'état du malade commença à s'améliorer six mois après le début de la maladie et la guérison complète survint au bout d'une année.

Observation IX.

Demoiselle âgée de quarante-six ans. Ictère suivi de vomissements ; au bout de deux mois, état comateux suivi de troubles profonds de la mémoire et d'incohérence des représentations. A ces phénomènes vinrent s'ajouter les symptômes de la neurite multiple (paralysie des extrémités inférieures et supérieures, atrophie des muscles, convulsions cloniques dans les doigts de pieds, douleur des nerfs et des muscles et autres phénomènes). Au bout de deux ans, la maladie disparut presque complètement.

Observation X.

Femme mariée, âgée de trente-sept ans. A la suite du typhus se déclara une pneumonie tuberculeuse, dans le cours de laquelle apparurent les symptômes de la neurite multiple (paralysie des extrémités inférieures et supérieures avec atrophie et contracture), et simultanément un désordre profond de la conscience et un affaiblissement considérable de la mémoire. La malade mourut un an après le début des paralysies.

Observation XI.

Femme âgée de quarante-cinq ans. Typhus abdominal pendant l'espace de quatre semaines ; après sa terminaison — déperdition considérable des forces, vomissements ; ensuite, troubles très prononcés de la mémoire, agitation pendant la nuit. Les symptômes de la neurite : incertitude de la démarche, sensibilité douloureuse des nerfs à la pression, étaient peu accentués. Ces symptômes disparurent en peu de temps ; la faiblesse de la mémoire diminua graduellement ; néanmoins elle dure jusqu'à maintenant, c'est-à-dire plus d'une année après le début de la maladie.

Observation XII.

Homme âgé de quarante ans. A été affecté de lues ; depuis quelques mois lymphadenome ; de temps en temps élévation de la température (peut-être malaria). A la fin du mois d'août 1888 — altération de la mémoire, ensuite accès de fureur, suivis d'un trouble profond de l'association des représentations avec affaiblissement considérable de la mémoire. En même temps, faiblesse croissante des extrémités inférieures et supérieures, disparition des réflexes patellaires. Le malade mourut un mois et demi après l'apparition des symptômes nerveux.

Observation XIII.

Femme âgée de quarante-six ans, affectée de fibrome à l'utérus. Ménorrhagie au mois de décembre 1886. En même temps apparurent des vomissements, un trouble profond de la mémoire et de l'association des représentations. A ces phénomènes se joignit la faiblesse croissante des extrémités inférieures ; les réflexes patellaires faisaient défaut. La malade mourut deux semaines après l'apparition des symptômes nerveux.

Observation XIV.

Femme âgée de soixante-deux ans, affectée d'une sorte de tumeur au ventre. Vomissements opiniâtres sans cause apparente ; ensuite apathie, état confus des représentations, trouble profond de la mémoire. En même temps, faiblesse dans les jambes émaciation des muscles, douleurs des nerfs à la pression, diminution considérable de l'activité du cœur. Deux semaines après le début de la maladie, l'état de la malade commença à s'améliorer et aboutit à la guérison complète.

Tel est l'exposé des 14 cas que j'ai publiés jusqu'à ce jour.

Il est facile de voir qu'ils varient assez dans leur étiologie et leur marche. Néanmoins ils présentent dans leur ensemble un grand nombre de traits communs.

Quant à l'issue, elle a été très différente suivant les cas : ainsi, dans cinq d'entre eux la maladie s'est terminée par la mort, dans cinq autres par la complète guérison, enfin dans les quatre autres, par une amélioration notable. A ces quatorze observations je puis joindre encore deux cas que j'ai eu l'occasion de voir dans ces derniers temps.

Observation XV.

Malade âgée de vingt-quatre ans, mariée, a eu plusieurs enfants ; ses couches n'ont pas toujours eu une issue favorable : à la suite de l'une d'elles s'est déclarée une fièvre puerpérale, sans troubles particuliers du système nerveux. La malade a toujours été impressionnable, nerveuse, anémique ; elle ne buvait presque pas de vin. La maladie actuelle a commencé vers le milieu d'octobre 1888. Le 11 octobre, elle accoucha d'un enfant à terme ; le jour suivant, il y eut élévation de la température et une paramétrite puerpérale purulente se déclara. La maladie dure encore maintenant. Au début se montrèrent les symptômes de la paramétrite ; ensuite des abcès apparurent dans différentes parties du corps (à la poitrine, aux jambes) ; au mois de novembre, une pneumonie se déclara ; toutes ces causes réunies réduisirent la malade à un état d'épuisement extrême et maintinrent la température à environ 39° presque jusqu'à ces derniers temps.

C'est seulement à la fin de décembre que la température redevint à peu près normale. En même temps les phénomènes de la paramétrite et la

pneumonie disparurent presque complètement; il ne resta qu'un abcès à la cuisse, qui est pansé avec un bandage antiseptique. Dès la fin d'octobre, aux phénomènes de la paramétrite et de la pyohémie vinrent se joindre des symptômes du côté du système nerveux. La malade commença à délirer: elle divaguait et par moment devenait agitée. La psychose offrait un caractère particulier: parfois la malade s'exprimait d'une manière précise, émettait des idées justes, ne confondait rien, de sorte qu'il était difficile de constater l'existence d'un désordre psychique ; mais soudain la scène changeait: l'incohérence des idées, le délire reprenaient possession de la malade qui devenait agitée. Elle était en proie à des terreurs imaginaires, à des hallucinations ; elle apercevait des chiens, des monstres, elle voulait sauter à bas du lit, arrachait ses bandages. Ces accès survenaient ordinairement le soir: à ce moment la malade devenait généralement plus agitée, plus alarmée; elle appelait sans cesse auprès d'elle, appréhendait je ne sais quoi; ensuite survenait une période d'agitation accompagnée d'illusions et d'hallucinations. La malade dormait mal; elle s'assoupissait pour quelques instants, puis se réveillait et devenait agitée, appelait, criait, puis se rendormait de nouveau pour se réveiller bientôt en proie à la même agitation. Cet état dura pendant tout le mois de novembre. Au mois de décembre, un mieux se produisit: la malade devint plus calme et moins sujette aux accès de démence, ses perceptions redevinrent beaucoup plus nettes; par contre l'affaiblissement de la mémoire s'accentua davantage: la malade ne se souvenait pas de ceux qui la visitaient, des paroles qu'elle avait prononcées, elle répétait sans cesse les même phrases, les mêmes récits, les mêmes questions. Le sommeil continuait à être irrégulier.

De temps en temps survenaient des vomissements. Parfois la malade se plaignait d'éprouver une douleur aux reins; pendant quelque temps elle fut affligée d'une quasi-surdité et de la perte de l'odorat. Le 30 décembre 1888, j'examinai son état de concert avec M. le Dr M. D. Lebedeff qui la soignait et je constatai ce qui suit:

Status præsens au 30 décembre: au point de vue physique, la faiblesse est actuellement bien moins grande qu'elle n'était auparavant; la malade peut rester assise dans un fauteuil sans qu'on la soutienne, elle cause volontiers et parle d'une voix assez forte. Au dire du Dr Lebedeff le processus morbide de la cavité pelvienne est déjà terminé; il ne reste qu'un abcès à la hanche, qui s'évacue librement. Depuis quelques jours la température est normale. Pendant ces derniers temps il n'y a pas eu de vomissements; l'appétit est satisfaisant, l'estomac aussi; l'exploration du système nerveux montre que, sauf un peu de faiblesse aux jambes, les mains et les pieds sont exempts de paralysie; la contractilité mécanique des muscles est conservée, les muscles sont passablement émaciés. Maintenant la malade entend bien; elle a recouvré le goût et l'odorat, elle voit bien; la sensibilité est partout conservée. La pression exercée sur les nerfs (cruralis, ischiadicus, radialis) provoque une douleur assez forte; de temps en temps des douleurs isolées apparaissent aux pieds; du reste la malade y est moins sensible qu'à la démangeaison insupportable des jambes. Les réflexes patellaires sont restés, mais ils sont très faibles; on remarque un peu d'œdème à la région malléolaire. Du côté de la sphère psychique, il ne m'a pas été possible au premier abord de découvrir des anomalies saillantes. En

effet chaque fois qu'elle se trouve en présence d'une nouvelle personne, la malade se tient toujours mieux qu'en présence de son entourage habituel. C'est ce qui explique pourquoi les réponses qu'elle fit à mes questions étaient pour la plupart assez justes; cependant, en prolongeant l'entretien je pus me convaincre que sa mémoire était très profondément altérée. Il lui est absolument impossible de se représenter ce qu'elle a fait dans la journée: par exemple, elle ne se rappelle pas si elle a mangé, si quelqu'un l'a visitée. Pourtant on ne peut pas dire que la perte du souvenir soit complète: quelquefois la malade se souvient des événements survenus la veille ou le jour même, mais elle ne peut pas en préciser le moment. Ce qu'elle oublie surtout, ce sont ses propres paroles, de sorte qu'elle répète constamment les mêmes choses et pose les mêmes questions.

La malade se souvient bien des faits antérieurs à sa maladie; elle n'a qu'un souvenir confus de la maladie elle-même, mais elle se rappelle qu'elle a été comme privée de raison; ce dont elle se souvient le plus mal, c'est des faits les plus récents. Néanmoins elle n'en est pas arrivée à s'attribuer des actes imaginaires: elle ne dit pas, comme le font les malades de cette catégorie, qu'elle est allée la veille ou le jour même dans tel ou tel endroit; au contraire elle sait qu'elle est depuis longtemps malade, mais elle a oublié si ses couches ont eu lieu au mois d'octobre ou de novembre.

Jusqu'à présent, au dire des personnes qui l'entourent, la malade devient plus agitée le soir, plus inquiète, plus troublée; son sommeil est fréquemment interrompu, elle appelle auprès d'elle, mais depuis quelque temps elle a cessé d'être en proie aux hallucinations.

Je n'ai pas eu l'occasion de revoir la malade depuis, mais j'ai appris du Dr M. D. Lebedeff que son état s'est amélioré progressivement et qu'elle a été complètement guérie au printemps de l'année 1889; à cette époque elle pouvait marcher, elle avait engraissé, la mémoire s'était rétablie.

Dans le cas que je viens de décrire, les phénomènes de la neurite étaient relativement peu prononcés; ils consistaient en douleurs dans les extrémités, prurit, légère faiblesse dans les jambes et rien de plus; par contre le trouble psychique était très caractéristique. Ce cas prouve, entre autres choses, que dans un grand nombre de cas, le trouble psychique est sans contredit bien plus prononcé que les phénomènes de la neurite, qui par eux-mêmes se prêtent facilement à l'examen. A mon avis, les cas de ce genre nous autorisent pleinement à ériger en forme distincte la psychose décrite.

Dans le cas suivant, les phénomènes de la neurite présentaient un caractère de gravité exceptionnel.

Observation XVI.

La malade est une veuve âgée de quarante ans, qui ne buvait presque pas de vin. Depuis assez longtemps elle souffrait d'un rhumatisme articulaire. En 1887, elle se rendit pour prendre les bains à Saki, ensuite elle prit des bains de mer et passa bien l'hiver de 1887-1888.

Au commencement du mois d'août 1888, elle était en bonne santé. Vers le milieu du même mois, après un refroidissement, elle fut atteinte de paramétrite (douleurs au bas-ventre, fièvre et symptômes ordinaires de la paramétrite). Au milieu du mois de septembre, à ces phénomènes vinrent s'ajouter les symptômes de la péritonite (douleurs atroces au ventre, vomissements); la température s'éleva jusqu'à 40° et s'y maintint assez longtemps. Je fus invité par M. le Dr S. N. Zarembo à examiner la malade; mais comme il n'avait pas eu l'occasion de la soigner dans les derniers temps, il ne put me renseigner d'une manière précise sur la marche antérieure de la maladie; il m'apprit cependant que, indépendamment de la péritonite, la malade avait présenté les symptômes de la pleurite du côté gauche; finalement elle avait eu du côté gauche une parotite purulente qu'on avait dû inciser. Le Dr S. N. Zarembo avait vu la malade le 22 octobre 1888, peu de temps après l'opération.

A cette époque, la malade présentait les symptômes suivants: exsudation paramétrique, fièvre intense (environ 39°), faiblesse extrême; de temps en temps survenaient des vomissements. Du côté psychique, le Dr Zarembo fut étonné de l'affaissement et de l'apathie de la malade, qui contrastaient absolument avec son caractère habituel.

Au mois de novembre, apparurent les phénomènes de la paralysie : la faiblesse gagna d'abord les pieds, les réflexes patellaires disparurent; ensuite la paralysie des jambes devint complète; les mains et les muscles du tronc se paralysèrent également. Les muscles s'amincirent considérablement, des contractures se formèrent aux fléchisseurs. Par moments la malade était prise d'accès de dyspnée; parfois l'activité du cœur diminuait à un tel point, que pendant les mois de décembre, janvier et février 1889, on put craindre chaque jour que la malade ne mourût. Je dois ajouter que tout ce temps on donnait à notre malade beaucoup de vin de champagne comme stimulant.

Au mois de novembre, apparurent aux fesses les taches rouges qui, en pareil cas, précèdent souvent l'apparition d'ulcères; heureusement les choses n'en vinrent pas là, peut-être grâce à la précaution qu'on avait eue de placer la malade sur un matelas en gutta-percha rempli d'eau.

A côté des symptômes physiques, se développèrent les symptômes psychiques. Dès la fin d'octobre, on pouvait remarquer chez la malade de l'affaissement, de l'apathie, de l'indifférence; au milieu de novembre, il y eut apparition soudaine de délire et d'un état confus de la conscience. La malade criait, s'emportait, exigeait qu'on la laissât s'habiller pour aller au restaurant; elle ne reconnaissait pas le lieu où elle se trouvait et prenait les personnes de son entourage pour des empoisonneurs. Parfois elle chantait ou riait aux éclats. Le délire incohérent et l'agitation commencèrent à disparaître au commencement de décembre; mais l'état confus des représentations et le trouble de la mémoire se maintinrent pendant longtemps; presque jusqu'à la fin du mois d'avril, la malade ne savait pas où elle se trouvait; elle ne pouvait pas se rappeler les noms de ses garde-malades; elle oubliait très rapidement tout ce qui lui était arrivé; la nuit elle était très agitée, elle ne dormait presque pas, gémissait sans cesse, appelait, etc. Cependant la mémoire s'améliora progressivement et au mois de mai 1889, la malade se souvenait passablement de ce qui avait lieu autour d'elle.

Les phénomènes de la paramétrite s'améliorèrent aussi graduellement et disparurent presque entièrement, au mois de mai 1889. La température, qui s'était maintenue longtemps à 39° environ, pendant toute la durée du printemps de 1889, commença à diminuer et finit par redevenir normale; cependant de temps en temps, par intervalles d'une semaine ou deux, la température remontait jusqu'à 38°; au mois de mai elle ne dépassait pas 37° 7.

Je visitai la malade le 1er juin 1889. A cette époque les symptômes psychiques étaient peu prononcés: la malade se rendait bien compte de l'endroit où elle se trouvait, des personnes qui l'entouraient; elle se souvenait assez bien de tout ce qui avait lieu autour d'elle; elle donnait des détails sur sa maladie. Néanmoins, en prolongeant l'entretien, on pouvait remarquer des anomalies dans la sphère psychique. Ces anomalies concernaient surtout la mémoire: ainsi la malade, en racontant quelque événement passé, confondait les faits. Elle introduisait dans ses récits des faits complètement étrangers à ceux qu'elle racontait et se rapportant à une autre période. Racontant par exemple un voyage en Finlande (avant sa maladie), sur lequel elle donnait assez de détails, la malade mêlait à son récit des souvenirs de la Crimée: elle disait qu'en Finlande il y a des Tatars, qu'on y mange principalement du mouton. D'ailleurs, quand je lui fis remarquer qu'elle se trompait, elle en convint immédiatement. La malade fait souvent de semblables méprises, mais la plupart du temps elle s'en aperçoit elle-même. Il lui arrive aussi souvent de donner de fausses indications sur sa dernière maladie; ainsi, par exemple, elle affirme se souvenir parfaitement d'un médecin qui l'a visitée pendant sa maladie; elle assure que ce médecin est brun, alors qu'il a les cheveux complètement gris. En général, elle n'a qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé pendant sa maladie; cependant les faits qui se sont produits durant cette période se reconstituent peu à peu dans sa mémoire. Après l'entretien qui se prolongea pendant une heure, la malade fut prise d'un grand accablement; on voyait que sa tête était très fatiguée. En général, la fatigue augmente considérablement le trouble de sa mémoire. Actuellement elle dort assez bien; il y a quelques semaines, son sommeil était très agité, elle appelait à tout moment auprès d'elle.

Du côté du système nerveux périphérique, la maladie est encore très prononcée. Les jambes sont le siège de paralysies et de contractures; elles sont pliées aux articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale; l'extension des genoux est impossible au delà d'un angle de 90°; les mouvements des pieds et des doigts de pied sont à peine perceptibles; il en est de même de l'extension des genoux; la flexion des genoux est un peu plus forte; à l'articulation coxo-fémorale la flexion, l'extension, l'adduction et l'abduction sont possibles, quoique très limitées. Les muscles sont très aminci; les jambes sont presque dépourvues de parties molles; il ne reste pour ainsi dire que la peau et les os et un peu de chair flasque aux mollets et à la surface postérieure des cuisses.

Il n'y a pas d'anesthésie. La pression exercée sur les mollets et sur les surfaces antérieure et postérieure des cuisses est très douloureuse; la pression sur les nerfs cruralis, ischiadicus, peroneus est également très douloureuse. Les réflexes patellaires manquent.

La motilité des mains est également très altérée. On remarque des con-

tractures aux articulations de l'épaule, du coude, aux poignets et aux doigts; il y a un mois, les doigts de la main gauche étaient ployés et il était impossible de les redresser. Les mouvements actifs sont très faibles et très limités. Les mouvements de la main droite sont meilleurs; les muscles sont très émaciés.

Les muscles du tronc sont également très faibles: la malade ne peut pas se retourner, mais depuis quelque temps elle peut rester assise. La pression exercée sur les muscles et les nerfs est douloureuse par tout le corps. Le visage ne présente rien de particulier. La vue est passable, mais de temps en temps les yeux se voilent et se troublent. Le pouls est régulier, quoique faible; depuis longtemps il n'y a pas eu de vomissements; maintenant la respiration est libre; le diaphragme est exempt de paralysie. La mixtion s'effectue librement; maintenant l'urine est claire, auparavant elle était foncée comme du thé fort, cependant elle ne contenait ni albumine ni sucre. De temps en temps, la malade éprouve dans les jambes des douleurs contusives ou lancinantes; à ces moments elle se sent plus mal, dort plus mal, s'agite davantage. L'appétit est en général satisfaisant, parfois même excessif. En général, la malade est en voie de guérison.

Dans le cas qui vient d'être décrit, on trouve un trouble psychique caractéristique et les phénomènes caractéristiques de la neurite multiple.

Peut-être ces derniers ont-ils été accompagnés des phénomènes de la myosite multiple. En général, la forme décrite par moi peut se trouver associée non seulement à la neurite multiple, mais encore à la myosite multiple. Du reste cela se comprend: dans ces derniers temps on a décrit une foule de cas où la myosite multiple primitive existe à côté de la neurite multiple primitive. Cela provient sans aucun doute de ce que l'une et l'autre de ces maladies sont provoquées par des mêmes agents morbides, c'est-à-dire des substances toxiques. Dans certains cas, ces substances toxiques frappent de préférence le système nerveux périphérique, et alors apparaissent les phénomènes de la neurite multiple; dans d'autres cas, la lésion s'attaque principalement au système musculaire, d'où apparition de la myosite multiple. Si ces mêmes substances toxiques agissent sur le cerveau, on voit se développer la cérébropathie décrite par moi.

Je terminerai la description de ces deux cas en faisant remarquer qu'ils se sont développés l'un et l'autre chez des femmes, dans le cours de maladies des organes de la cavité pelvienne; il est vrai que ces maladies ont provoqué, selon toute apparence, la septicémie ou pyohémie. J'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas pareils présentant une étiologie analogue, ce qui me fait supposer que les gynécologues ont aussi probable-

ment souvent l'occasion d'observer des cas de cette nature, et que la cérébropathie décrite par moi est assez souvent combinée avec les neurites survenues à la suite de maladies des organes pelviens. Selon toute vraisemblance, les causes morbides qui provoquent les neurites, n'ont pas toutes la même tendance à provoquer la maladie mentale en question. Ainsi, il ne m'est jamais arrivé de l'observer dans les neurites survenues après la diphtérite; au contraire, cette maladie mentale est presque toujours liée aux neurites d'origine alcoolique. De même elle se rencontre souvent dans les neurites provoquées par les maladies de la cavité pelvienne. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — Nous remercions M. le Dr. Korsakoff de son intéressante communication. Il a apporté une importante contribution à cette opinion qui considère la pathologie mentale comme une collection de lésions cérébrales et médullaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LYPÉMANIE HYPOCONDRIAQUE

ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

M. Emmanuel Régis. — Il est généralement admis, depuis les travaux de M. Baillarger, que le délire hypocondriaque offre dans la paralysie générale un cachet spécial, comme le délire ambitieux. Les relations de ce délire avec la paralysie générale sont telles qu'il peut servir dans beaucoup de cas au diagnostic de la maladie à son début, et que, pour un certain nombre d'auteurs, il constitue dans toute mélancolie une présomption grave de terminaison plus ou moins prochaine par la démence paralytique.

Pour ma part, et jusque dans ces derniers temps, je ne me rappelle pas l'avoir jamais rencontré en dehors de la paralysie générale, en sorte que j'ai pris l'habitude, comme beaucoup, de le considérer comme à peu près pathognomonique.

Or le hasard a successivement placé sous mes yeux, depuis un an, quatre malades atteints de lypémanie, qui présentaient un délire hypocondriaque analogue, sinon identique, à celui de la paralysie générale : ce qui, pour deux d'entre eux surtout, contribuait à rendre le diagnostic particulièrement difficile.

Voici un résumé de ces observations :

Observation I.

Sommaire. — Hérédité cérébrale. A cinquante-cinq ans lypémanie anxieuse : délire de culpabilité imaginaire, refus d'aliments, tendance au suicide. Au bout de quatre mois, délire hypocondriaque pseudo-paralytique, s'associant au précédent. Passagèrement, idées absurdes de grandeur ne durant que quelques heures. Mort au bout de six mois dans le marasme mélancolique.

Mme L... cinquante-cinq ans, mariée, est admise le 27 juillet 1888. Elle offre tous les symptômes d'une lypémanie aiguë à forme anxieuse (délire de culpabilité imaginaire, panophobie, refus d'aliments, tendance au suicide, excitation, insomnie). L'accès date de trois mois environ, mais depuis cinq ou six ans, époque de sa ménopause, la malade était devenue très nerveuse et très impressionnable. Elle a fait dans ces derniers temps de grands abus d'éther. La mère, très âgée, est bien portante, le père est mort d'apoplexie.

Jusqu'au 18 août, l'état reste le même, et Mme L... ne diffère en rien des lypémaniaques ordinaires. Son délire est le délire typique de la mélancolie, consistant en idées de culpabilité imaginaire avec crainte de châtiments. Elle croit que les gendarmes vont venir la chercher pour la conduire en prison et la faire mourir sur l'échafaud. Elle a été mauvaise fille et mauvaise mère ; elle est cause de la mort des siens, etc., etc. Elle demande qu'on la serre jour et nuit très étroitement, parce qu'elle a peur de faire mal aux autres. Constipation opiniâtre, tremblement très marqué de la langue et des mains. (Éthérisme ?)

Le 15 août, des idées hypocondriaques apparaissent mélangées au délire habituel, et dès l'abord elles revêtent la même forme que dans la paralysie générale.

La malade se dit bouchée, tout ce qu'elle a pris depuis deux mois n'est pas sorti ; elle ne va pas du corps, elle ne peut avaler, les aliments passent dans sa tête. Anxiété continue avec crises d'exacerbation violente, accompagnées d'insomnie complète et de refus d'aliments.

A dater de ce moment, les conceptions hypocondriaques tendent à prédominer, toujours liées cependant au délire de culpabilité imaginaire. Les idées de suicide persistent et dans ses crises aiguës, Mme L... cherche à se mordre et à se blesser avec ses ongles. Il n'y a pas trace d'inégalité des pupilles, d'embarras de la parole ni d'affaiblissement intellectuel.

A partir du mois de septembre, Mme L... ne parle plus que de son impossibilité d'avaler, ses boyaux étant fermés. La nuit elle ne cesse de répéter avec de grands éclats de voix et des cris perçants qu'elle a les *voies digestives bouchées* (sic). Il est à noter que durant les phases d'excitation, le délire se manifeste surtout sous la forme d'idées de culpabilité et de craintes de damnation, tandis que les conceptions hypocondriaques prédominent dans les intervalles.

Quoi qu'il en soit, les idées hypocondriaques deviennent de plus en plus fixes, et la malade se plaint sans cesse qu'elle a la cervelle vidée, des peaux dans l'intestin, l'estomac bouché, etc. Son alimentation devient de plus en plus difficile, et on la nourrit à la sonde pendant quelques jours, du 18 au 26 septembre.

Le 1[er] octobre, on m'apprend que pendant quelques instants, Mme L... a manifesté des idées absurdes de grandeur. Elle s'est dite reine et fort riche. Ce délire que je n'ai pu constater par moi-même, s'est dissipé au bout d'une heure ou deux, et n'a jamais reparu depuis. Il n'a coïncidé avec aucun incident notable de la maladie. Les idées hypocondriaques, elles, persistent avec la même ténacité et la même fixité. Il s'y mêle toujours des préoccupations morbides relatives à la famille et au passé. Il semble même que la malade ait parfois des hallucinations nocturnes. Pendant deux ou trois nuits tout au moins, les 8, 9 et 10 octobre, elle a cru entendre au dehors la voix de son mari et des chiens se plaignant du froid. C'était peut-être là des illusions avec interprétations délirantes.

Les nuits deviennent, du reste, de plus en plus mauvaises et l'agitation anxieuse presque constante. Mme L... est surtout tourmentée par l'idée qu'elle ne devrait pas manger, que les aliments remplissent sa tête, qu'elle va éclater. Elle mange cependant quand on la force. Mais elle maigrit rapidement et ne dort un peu qu'avec du chloral. Un de ses actes de prédilection, lorsqu'elle a les mains libres, c'est de saisir un bâton et de l'introduire dans son rectum pour essayer de le déboucher.

L'intelligence et la mémoire persistent d'une façon absolue et quand on l'interroge, on s'aperçoit que ses facultés intellectuelles, quantitativement, sont intactes.

Le 28 octobre, le refus d'aliments redevient absolu, toujours sous l'influence des idées hypocondriaques. « Ca ne passe pas, je suis bouchée. Ça s'en va dans la tête. » Alimentation forcée, amaigrissement rapide, enfin décès le 30 octobre à 9 heures du soir, dans une espèce de marasme aigu, mélancolique, quelques instants après l'alimentation forcée qui a été suivie cette fois de vomissements abondants. La malade avant de mourir a eu un court moment de lucidité ; l'autopsie n'a pu être faite.

Observation II.

Sommaire. Hérédité cérébrale. A quarante-cinq ans, lypémanie anxieuse: délire de culpabilité imaginaire, tendance au suicide. Au bout de deux ans, délire hypocondriaque pseudo-paralytique s'associant au précédent. Mort par suicide.

Mme V..., quarante sept ans, est admise le 18 novembre 1888. Père mort à soixante ans d'une chute, mère morte à soixante-quatre ans, à sa seconde attaque d'apoplexie; grand-père maternel mort à quatre-vingts ans, également d'attaque. Frères et sœurs bien portants.

Rien à signaler dans l'enfance, sinon une prédisposition aux hémorrhagies nasales qui ont plusieurs fois nécessité le tamponnement. Réglée à treize ans, et très régulièrement jusqu'à la grossesse. Mariée à dix-huit ans. Grossesse et accouchements normaux. Au cinquième mois de la lactation, disparition brusque du lait sous l'influence d'une émotion violente. Abcès laiteux sur différents points du corps, qui ont laissé des cicatrices encore très apparentes à la face palmaire de l'avant-bras gauche et à la cheville du pied gauche. Pendant quelque temps, tristesse, mais sans mélancolie véritable. Trois mois après, fièvre typhoïde abdominale grave.

Convalescence longue et pénible. Crampes d'estomac consécutives. Suppression absolue et définitive des règles depuis cette époque, sauf une perte de deux jours en décembre 1887. A part les crampes d'estomac, bonne santé habituelle jusque dans ces derniers temps.

C'est il y a deux ans que la maladie a commencé sans cause appréciable. Elle s'est traduite tout d'abord, à l'occasion de la construction d'une maison, par la crainte non motivée de la ruine, l'idée d'avoir trop sacrifié au bien-être personnel, et d'avoir été mauvaise mère, en ne réservant pas cet argent pour la famille. Ne pouvant plus voir sa maison sans d'affreux remords, Mme V... se réfugia à la campagne. Au bout de deux mois, en mars 1888, ses inquiétudes s'augmentant, on la conduit à Paris, chez M. le professeur Charcot qui constate chez elle une lypémanie anxieuse, et prescrit le traitement habituel par les douches et les calmants. Mais son anxiété s'accroît quand même et, après un mois et demi de séjour à Paris, elle revient à la campagne, puis à la mer où, sous l'influence de bains multipliés qu'elle prend sans autorisation médicale, son état ne tarde pas à s'aggraver. Des idées de suicide se manifestent et une première tentative a lieu.

De retour chez elle, Mme V... essaye de se calmer par un travail forcé, mais c'est en vain. C'est à ce moment (octobre 1889) que le jour se fit, dit-elle, dans son esprit et qu'elle comprit pourquoi elle était dans cet état. C'était une punition du ciel à cause des mauvaises communions qu'elle avait faites. Cette révélation lui est venue par la voix de la conscience. (Il n'y a pas chez elle de véritables hallucinations.) Dès lors les crises s'augmentent, les tentatives de suicide se multiplient, l'insomnie devient complète, et la malade nous est conduite.

Elle offre tous les symptômes d'une lypémanie anxieuse type, avec délire de culpabilité imaginaire et crises paroxystiques d'angoisse mélancolique. Elle n'a pas le moindre signe physique ou mental qui permette de songer un seul instant à la paralysie générale. C'est une mélancolique comme toutes les autres, sans rien de particulier.

En février 1889, elle commence à se plaindre avec insistance de sa santé. Déjà dès le début de son accès, elle avait éprouvé diverses sensations morbides et notamment des battements montant du creux de l'estomac jusqu'au cou. En ce moment, ces sensations s'exagèrent et la tourmentent beaucoup. Elle dit qu'il y a quelque chose « qui se condense en elle, elle a les poumons secs, les yeux secs, elle ne peut respirer d'aucune façon ». Quand elle mange, « ça passe, mais elle ne sent rien : c'est comme si quelque chose changeait de place dans sa bouche ». Son inquiétude se porte de préférence sur les organes respiratoires.

Souvent dans la journée et surtout quand elle est plus tourmentée, elle respire d'une façon rapide, haletante et avec bruit, comme si elle allait suffoquer. Il lui arrive fréquemment, aussi, de se faire saigner les narines avec des épingles et d'autres corps étrangers pour dégager les voies.

Elle était jusque-là très forte, mais commence à maigrir, bien que son alimentation soit restée régulière et suffisante.

Peu à peu les idées hypocondriaques tendent à prédominer et à revêtir l'aspect de celles qu'on observe dans la paralysie générale. Mme V... dit qu'elle a « les poumons et la gorge bouchés ; elle ne peut plus respirer, se coucher, s'asseoir, elle a une barre qui l'étouffe, son estomac est perdu ;

elle va mourir ». Anxiété et gémissements perpétuels. Insomnie, persistance de la tendance au suicide.

Ce qu'il y a de particulier dans cet état, c'est que le délire hypocondriaque, quoique prédominant, se rattache toujours à l'idée de culpabilité imaginaire et de contrition maladive qui lui sert de pivot et d'explication.

Ainsi Mme V..., si on l'interroge, prétend que son mal est un mal extraordinaire, au-dessus des ressources de l'art, envoyé du ciel en punition de ses sacrilèges. « Elle souffre de la main de Dieu. »

Dans ses lettres elle revient sur son passé et s'accuse toujours de méfaits imaginaires.

D'avril à juin, l'état reste stationnaire et se caractérise toujours par le délire hypocondriaque, exprimé sous la même forme et combiné toujours au délire de culpabilité; mais la malade conserve quantitativement la plénitude de son intelligence, et, en dehors de ses idées maladives, la majeure partie de sa lucidité.

L'examen des organes, pratiqué à plusieurs reprises et avec soin, ne révèle rien d'anormal.

Bientôt les nuits deviennent plus mauvaises. Quelques-unes, dans ces derniers temps, ont été troublées par des cauchemars et des rêves terrifiants qui la réveillent en sursaut et la font crier. La malade s'est vue environnée de flammes et de serpents. Elle en a déduit qu'elle était en enfer, et que le ciel continuait à la punir.

Le 1er juillet, au moment où elle paraissait plus calme, Mme V..., trompant la surveillance dont elle était l'objet, réussit à se suicider.

Observation III

Sommaire. — Hérédité vésanique. A cinquante-six ans, lypémanie anxieuse: délire hypocondriaque, pseudo-paralytique s'associant au précédent. Guérison rapide. Exaltation consécutive.

M. T..., cinquante-six ans, négociant, est admis le 3 décembre 1888. Il est atteint de lypémanie avec délire hypocondriaque, refus d'aliments, tendance au suicide. Il n'a rien mangé depuis trois jours, et dès son arrivée, on est forcé de le nourrir à la sonde. Les renseignements recueillis sur son compte nous apprennent que c'est un héréditaire.

Du côté paternel, on trouve en effet deux générations au moins de lypémaniaques, savoir la grand-mère et deux oncles; sans compter qu'une tante était, elle aussi, sujette à des bizarreries qui l'ont empêchée de vivre avec son mari et ont troublé toute son existence. Du côté maternel, il n'y a pas de vrais fous, au sens pathologique du mot; mais on y relève des originaux et des excités. De plus, le père et la mère étaient cousins au second degré.

T..., quoique intelligent, a toujours été un déséquilibré, un excité. Il a gâché sa vie et n'a fait que des sottises. Doué d'une santé excellente, il l'a altérée par des abus de boisson et de coït. Enfin, dans les derniers temps, il a été soumis à des émotions morales vives produites par des contrariétés et des pertes d'argent.

Sous l'influence de ces causes, vers le mois d'août 1888, il tomba malade et présenta dès l'abord des signes d'embarras gastrique fébrile intense,

compliqué de sueurs profuses, avec dépression générale et tendances religieuses exagérées. Peu à peu ces symptômes augmentèrent; il se soigna mal, devint inquiet, et bientôt tomba dans un véritable accès de lypémanie avec prédominance de sentiments religieux et de craintes de mort.

Il arriva ainsi au mois de décembre, son état s'aggravant de plus en plus et se manifestant, en fin de compte, par des idées hypocondriaques absurdes relatives au tube digestif, du refus d'aliments, de la tendance au suicide. Examiné à ce moment par plusieurs médecins spéciaux, il fut considéré comme atteint de lypémanie aiguë avec délire hypocondriaque caractéristique et, en raison de ce fait, soupçonné de paralysie générale progressive au début.

Effectivement, son délire offrait quelque chose de typique. Il se disait atteint d'une maladie très grave, à laquelle personne ne comprenait rien, et sur le point de mourir. Aussi réclamait-il à tout instant un prêtre pour l'absoudre de ses péchés. Il prétendait que « son estomac et son intestin étaient bouchés, paralysés et ne fonctionnaient plus » ! Lorsqu'il allait à la garde-robe, il prenait ses excréments dans ses doigts et les analysait soigneusement, en nous montrant, ce qui du reste était exact, qu'ils étaient complètement décolorés. Ce qui contribuait à rendre chez lui probable l'hypothèse d'une paralysie générale, c'est qu'il avait la mine cachectique et un tremblement très marqué de la langue et des mains, ainsi qu'un certain degré de dépression générale et de torpeur intellectuelle.

On ne constatait cependant chez lui ni inégalité des pupilles, ni embarras de la parole, ni traces de démence. Nourri à la sonde pendant deux jours, M. T... ne tarda pas à s'alimenter, d'abord très mal et capricieusement, puis plus régulièrement et plus complètement. Il reprit ainsi meilleure mine et engraissa. Son délire hypocondriaque persista environ quinze jours absolument tel quel, et à chaque instant c'étaient des doléances à n'en plus finir sur l'estomac et l'intestin bouchés, la mort prochaine, le prêtre qui n'arrivait pas assez tôt, etc.

Puis, très rapidement, le délire s'atténua, en même temps que l'état général s'améliorait, et en quelques jours le malade arrivait à la guérison de son accès de lypémanie : tant et si bien qu'il sortait le 8 janvier, après un mois seulement de traitement, ne conservant aucune trace des symptômes si graves qu'il avait présentés, et qui avaient fait craindre chez lui un commencement de paralysie générale.

Seulement, car il y a un seulement, j'ai revu M. T... depuis, et j'ai pu me convaincre qu'en guérissant il avait dépassé le but. A son accès aigu de lypémanie hypocondriaque a succédé, en effet, un état qui n'est ni la folie, ni l'équilibre parfait, mais un état intermédiaire se traduisant par un besoin excessif d'activité, de mouvement, de loquacité, une susceptibilité très grande et des instincts processifs.

Quoi qu'il en soit, pas plus à l'heure présente que durant l'accès de lypémanie antérieur, M. T... ne présente de signe physique ou mental qui permette de croire à une paralysie générale présente ou future. Si la suractivité actuelle était plus marquée, on pourrait plutôt songer à une folie à double forme, mais à une folie à double forme pure et simple et non symptomatique de paralysie générale progressive. M. Ritti a cité un cas de ce genre dans son intéressant traité de la folie à double forme.

Observation IV

Sommaire. — Hérédité vésanique. A quarante-cinq ans, lypémanie anxieuse : délire de culpabilité imaginaire, refus d'aliments, tendance au suicide. Au bout de cinq mois, délire hypocondriaque, pseudo-paralytique succédant au précédent. Troubles profonds de la nutrition générale. Amélioration lente et graduelle. Guérison.

M. F..., quarante-six ans, marié, sans enfants, est admis le 20 mars 1889. Il est atteint de lypémanie avec dépression intense, délire hypocondriaque, refus d'aliments, constipation, insomnie, troubles profonds de la nutrition générale. Son histoire est la suivante : Au point de vue des antécédents, rien de particulier à signaler dans la branche paternelle de la famille. Il n'en est pas de même du côté maternel. La mère qui est vivante et âgée aujourd'hui de soixante-huit ans, a présenté, il y a une dizaine d'années, un accès de misanthropie hypocondriaque analogue au sien, l'intensité en moins. Plusieurs de ses oncles maternels étaient également portés à la tristesse et à l'hypocondrie. L'un d'eux, plus particulièrement, avait des périodes de dépression pendant lesquelles il s'enfermait chez lui ; il a fini par le suicide à la suite de pertes de jeu. Le malade a trois autres frères qui sont tous très intelligents, bien portants et bien pondérés.

En ce qui le concerne, il n'a jamais eu de maladies graves dans le cours de sa vie ; il n'a éprouvé que de légères atteintes de fièvre intermittente aux colonies. Toutefois, c'est un arthritique.

Intelligent et très laborieux, il s'est surmené au lycée, si bien qu'en rhétorique, au moment de la puberté, il a été pris d'accidents nerveux avec pertes séminales et hypocondrie qui ont nécessité un traitement hydrothérapique. Les pertes séminales ont toujours continué depuis, plus ou moins abondantes.

Jusqu'à il y a deux ans, rien d'anormal à signaler. A cette époque, sans cause appréciable, exagération de certains accidents nerveux, battements de cœur, dyspepsie, sueurs, etc. L'année dernière, il s'y est joint de la torpeur intellectuelle, de la fatigue générale, une tristesse profonde. Puis est survenu un véritable accès de lypémanie avec délire de culpabilité imaginaire, crainte de châtiments, idées de suicide. Craignant sans cesse un procès infamant, M. F... devint anxieux et dans une crise d'exaltation, en septembre 1888, il s'ouvrit les veines de l'avant-bras, d'où hémorragie abondante et excitation plus violente. Placé à ce moment dans un établissement d'hydrothérapie, il n'y resta qu'un mois et rentra chez lui non amélioré.

C'est quelque temps après son retour que les idées de culpabilité du début se sont progressivement atténuées pour faire place au délire hypocondriaque actuel. Le malade était préoccupé surtout de ses voies digestives. Il éprouvait dans l'estomac « comme une occlusion complète, absolue, ou plutôt il croyait que son estomac n'existait plus, que son ventre était vide et ses intestins atrophiés ». Aussi en arriva-t-il à ne plus manger, et c'est dans cet état, à la suite de trois jours d'abstinence complète, qu'il nous fut amené.

Ma première impression fut qu'il s'agissait d'une paralysie générale dont il présentait, en outre du délire, les apparences extérieures. Il parlait à peine, d'une voix lente et dolente, il marchait péniblement et avec lourdeur, sa maigreur était extrême (93 livres au lieu de 130, poids habituel), son teint était tout à fait cachectique, sa peau terreuse, sèche, et sa tête couverte d'une masse de pellicules; de plus, ses pupilles étaient très dilatées sans être inégales, et sa langue, épaisse et blanchâtre, était animée de tremblements ainsi que les mains. Son âge enfin correspondait exactement à celui de la paralysie générale (quarante-six ans).

L'intelligence seule paraissait, quantitativement, tout à fait intacte.

En somme, l'état de M. F... était tel qu'il me parut d'abord difficile, pour ne pas dire impossible, de me prononcer d'une façon absolue.

L'examen des organes ne me dévoila rien de grave. Cependant il existait de l'embarras gastrique, de l'atonie stomacale et intestinale et une constipation des plus opiniâtres. Le pouls marquait de 90 à 100 pulsations. Les bruits du cœur étaient normaux. Quant à l'état général, il était franchement mauvais.

Le traitement consista en calmants, en toniques, en bains, en douches et surtout en lavages quotidiens de l'estomac.

Grâce à cette médication et au calme produit par l'isolement, l'état physique ne tarda pas à s'améliorer. Le poids qui était de 93 livres s'éleva progressivement à 97 livres le 8 avril, à 106 le 23, à 109 le 2 mai, à 114 le 14, à 118 le 18 juin, enfin à 127 à l'heure actuelle (34 livres de plus qu'à l'entrée). Mais la dépression générale, le défaut d'activité, le refus d'aliments persistaient. Quant au délire hypocondriaque, il était invariable: « Il me semble que je vais étouffer; ça ne passe pas, j'ai trop mangé, l'estomac est plein ». Lucidité parfaite et intelligence conservée.

Durant le mois de juin, le malade fut soumis tous les jours au traitement par la suspension avec l'appareil de Sayre modifié (1).

Sous l'influence sans doute de ce traitement, car tous les adjuvants avaient été momentanément supprimés, il se produisit un réveil graduel des forces physiques et morales, mais surtout un retour progressif de l'activité. Le délire persistait d'une façon à peu près absolue.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le mois de juillet, le malade a continué de s'améliorer lentement mais progressivement, surtout au point de vue de l'état général qui est à peu près redevenu ce qu'il était autrefois. Il s'est très bien trouvé des courants continus, pratiqués pendant deux mois.

Toutefois les idées hypocondriaques, quoique moins vives, sont toujours très manifestes. Il est impossible de faire avouer à M. F... qu'il va mieux: « son estomac est plein, il va étouffer, etc. » Lorsqu'il n'est pas occupé, il a toujours la main dans sa chemise, appliquée sur l'épigastre. Les appréhensions sont surtout vives le soir et avant de se coucher. Il me recommande instamment de passer le lendemain matin dans sa chambre parce qu'il doit mourir la nuit, et qu'il désire que je sois là pour faire le nécessaire et envoyer sa montre à sa famille.

(1) Voir, pour la technique et les premiers résultats de la suspension chez les paralytiques généraux et les mélancoliques, deux notes à la Société de médecine de Bordeaux, présentées en collaboration avec le Dr Friėse *(Journal de médecine de Bordeaux*, 1889).

Tel est l'état actuel de M. F... Quelle que soit l'issue de son affection, et je crois qu'il s'achemine insensiblement, mais sûrement vers la guérison, je suis depuis longtemps tout à fait convaincu qu'il s'agit chez lui d'un véritable accès de lypémanie et non d'une paralysie générale en voie d'évolution (1).

Il suffit de lire ces observations, même résumées, pour constater combien elles se rapprochent, au point de vue du délire, de la paralysie générale au début à forme dépressive. On pourrait même à la rigueur soutenir que ce sont là quatre cas de mélancolie congestive, dans lesquels la terminaison par la démence paralytique eût été ou sera fatale, avec le temps. Mais, sur ce terrain, la discussion est impossible, car on peut en dire autant de toutes les folies, quelles qu'elles soient. En réalité il s'agit là, à mon sens, d'une lypémanie pure et simple, n'ayant de commun avec la paralysie générale que la similitude plus ou moins complète du délire.

Mais, précisément en raison de cette similitude, le diagnostic offre de réelles dificultés : difficultés d'autant plus grandes que c'est le délire hypocondriaque lui-même, considéré sous cette forme comme appartenant en propre à la paralysie générale et comme suffisant à la distinguer, qui devient, dans les cas de ce genre, le véritable motif de la confusion.

Où puiser les éléments de ce diagnostic dont l'importance pratique ne saurait échapper à personne ?

La question n'a jamais été traitée que d'une façon tout à fait incidente, soit dans les publications antérieures, soit dans les dernières monographies encyclopédiques relatives à la paralysie générale et à l'hypocondrie ; et les intéressants travaux de M. Cotard sur le délire des négations sont peut-être ceux qui s'y rapportent le plus directement. Encore ces travaux, comme celui tout récent de M. Séglas, ont-ils surtout pour but de mettre en lumière l'évolution fréquente du délire hypocondriaque vers l'idée de la négation et d'énormité et le dédoublement de la personnalité ; ils ne s'occupent pas du diagnostic différentiel.

Je crois donc utile d'indiquer ici les signes pratiques qui me paraissent le plus propres à résoudre le problème. Dans une

(1) Cette observation a été rédigée au mois d'août. Aujourd'hui, le malade, à peu près entièrement guéri, est sur le point de rentrer dans sa famille. Il ne conserve plus de son accès qu'un certain degré de lenteur dans les manifestations de l'activité, mais qui va s'atténuant tous les jours.



première catégorie, sont rangés ceux que j'ai pu trouver disséminés dans les auteurs français et étrangers ; dans la seconde, ceux qui me paraissent résulter des observations précédentes et de celles de M. Cotard.

Voici les principaux caractères distinctifs tirés des auteurs :

1° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale a un cachet particulier d'absurdité, d'hébétude et d'incohérence. Il apparaît soudainement, il est mobile et inconsistant. Les malades ne discutent pas et parlent sans conviction ; ils mettent peu d'empressement à se plaindre de leurs maux (Baillarger, Marcé, Voisin, Luys, etc.). Le délire de la lypémanie, lui, peut être monotone, mais il n'offre pas le même caractère d'absurdité. Le malade voit son mal, le raisonne, l'explique, cherche à convaincre, à se faire plaindre, s'anime contre ses contradicteurs (Luys) ;

2° Dans la paralysie générale, le délire hypocondriaque peut se compliquer à un moment quelconque d'idées délirantes de nature ambitieuse. Il n'en est jamais ainsi dans la lypémanie (Marcé) (voir Observation I ci-dessus) ;

3° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale n'est pas heureusement influencé par la morphine, contrairement à ce qui a lieu dans la lypémanie (Voisin) ;

4° Dans la paralysie générale, les sujets ne sont pas héréditairement prédisposés. Ils n'ont pas eu antérieurement d'accidents nerveux (Mendel) ;

5° C'est de trente-cinq à quarante-cinq ans que survient la paralysie générale et par conséquent le délire hypocondriaque qui lui est lié (Mendel, Julius Mickle) ;

6° L'examen des organes est presque toujours négatif dans la paralysie générale (hypocondrie *sine materia*) (Mendel) ;

7° Dans la paralysie générale il survient quelquefois, dès le début, de légères attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des symptômes pupillaires et spinaux (Mickle) ;

8° Ultérieurement on constate les signes habituels de la démence paralytique ;

9° Dans la lypémanie anxieuse, le délire hypocondriaque s'accompagne d'idées de damnation et de possession, d'analgésie, de propension au suicide et aux mutilations volontaires, de la crainte de ne pouvoir mourir. Il aboutit au délire de négation et d'énormité et au dédoublement de la personnalité (Cotard, Séglas).

Ces caractères distinctifs sont loin de suffire à donner la certitude dans la pratique, et il en est parmi les plus importants, comme ceux tirés de l'aspect du délire et de l'hérédité, qui n'ont qu'une valeur minime, puisqu'on peut les retrouver dans les deux formes de maladies. Aussi ne croyons-nous pas inutile d'y ajouter les suivants :

1° La lypémanie avec délire hypocondriaque s'observe surtout à un âge avancé, de quarante-cinq à soixante ans. On la rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, dans la propor tion de *huit* cas sur *douze*, contrairement à ce qui a lieu pour la paralysie générale (observations de Cotard et personnelles). En revanche, elle est, comme toute vésanie, bien plus rare chez les syphilitiques que la paralysie générale, de sorte que l'existence d'une syphilis antérieure constitue, dans ces cas, une présomption sérieuse en faveur de la paralysie générale ;

2° Le délire hypocondriaque de la lypémanie n'apparaît pas dès le début de l'accès, mais plus ou moins longtemps après, quelques mois ou quelques années. Il est constamment consécutif au délire ordinaire de la lypémanie, surtout au délire de culpabilité imaginaire, qui en est le type. Il reste associé à ce délire et se combine logiquement avec lui. Il est tenace, fixe et persistant. Rarement il s'accompagne d'hallucinations ; en revanche, les rêves terrifiants, la peur de mourir, le refus d'aliments, la tendance au suicide sont presque la règle. La maladie est sujette à des crises paroxystiques plus ou moins aiguës. Pendant de longues années, l'intelligence reste intacte, les souvenirs précis, la lucidité plus ou moins grande, quelquefois complète ;

3° L'examen des viscères est habituellement négatif ; cependant on rencontre fréquemment l'état saburral, l'inertie stomacale et intestinale, la constipation, la fréquence du pouls, des palpitations et plus rarement d'autres troubles fonctionnels. L'amaigrissement est progressif et rapide ; il survient quelquefois une véritable cachexie ;

4° La guérison est possible ; toutefois les malades peuvent finir par le suicide, le marasme ou le passage à l'état chronique. C'est surtout dans ce dernier cas qu'on observe le délire des négations de Cotard, qui paraît être l'étape terminale de cette forme de lypémanie.

Telles sont les indications cliniques qui découlent de l'étude des faits et que j'ai cru dignes d'être notées.

Je me résume en disant :

Que le délire hypocondriaque à caractère spécial de la paralysie générale est susceptible de se rencontrer sous la même forme dans la lypémanie anxieuse ;

Que le diagnostic dans ces cas peut présenter de réelles difficultés ;

Que, pour résoudre le problème, il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit tous les éléments cliniques de distinction. C'est pour faciliter cette tâche que nous avons cru devoir réunir les principaux de ces éléments dans une énumération d'ensemble, en y ajoutant ceux qu'ont pu nous fournir nos propres observations. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Rouillard. — Je demande au Congrès la permission de rapporter en peu de mots une observation analogue à celle que vient de citer M. Régis.

M. B..., quarante-trois ans, est un homme fort et robuste, au teint coloré, n'ayant jamais eu aucune maladie sérieuse et notamment pas de syphilis. Il n'y a pas d'hérédité spéciale à noter dans ses ascendants. Quoique marchand de vins en gros, il n'est pas alcoolique, mais il passe la plupart de ses journées à l'entrepôt où règne une atmosphère d'alcool dont il faut tenir compte. Lorsque j'ai été appelé près de lui, il était surmené par un travail à la fois cérébral, car il avait entrepris des affaires importantes, et à la fois physique, car il avait eu des voyages longs et fatigants à entreprendre. — Il avait depuis quelques jours éprouvé des vertiges, des éblouissements, mais pas de pertes de connaissance, pas d'ictus. Sa femme avait remarqué une oblitération de la mémoire qui paraissait infidèle, ou du moins il était inconscient et insouciant de ce qui se passait autour de lui, et n'avait plus le moindre intérêt pour ses affaires dont il s'occupait auparavant avec passion. — Les symptômes qu'il présentait étaient fort nets. Embarras de la parole très marqué, tremblement fibrillaire de la langue, myosis double, maladresse des mouvements et de la marche. Pas de paralysie. Les artères paraissaient en bon état, le pouls était large et plein et battait quatre-vingts pulsations en moyenne. — Au point de vue mental, un délire hypocondriaque des plus intenses et des plus absurdes. Il n'avait plus d'organes dans le corps, il ne pourrait plus manger, puisqu'il n'avait plus d'estomac, sa langue était en bois, il perdait ses intestins. A plusieurs reprises il força sa femme à lui soutenir le périnée avec la main pendant de longues heures pour empêcher son rectum de tomber. — Son foie était déplacé et ses reins remontaient au cerveau. Je dois dire que cet homme est un esprit cultivé, très instruit, s'étant toujours intéressé aux choses de la médecine, et qu'il connaissait avec une certaine précision l'anatomie et la physiologie des principaux organes.

Il fut traité par des sangsues, des révulsifs à la nuque, de l'iodure à dose élevée, et divers médicaments que justifièrent certains symptômes accessoires. C'est ainsi que je lui fis quelques injections de morphine pour combattre l'insomnie et des accès d'agitation qui se produisirent de temps à autre. — Au bout d'un mois les symptômes avaient tous progressivement disparu ; le malade partit avec sa femme pour voyager pendant trois mois en Algérie. Il en revint complètement normal. Depuis, je l'ai revu en moyenne deux ou trois fois par mois, car je suis resté le médecin de la famille. Il y a encore du tremblement de la langue, mais peu accentué. L'état intellectuel est des plus satisfaisants et il a repris ses affaires. Voici deux ans de cela.

Avons-nous eu affaire ici à une paralysie générale et notre malade est-il simplement en rémission? C'est ce que paraissent indiquer l'absurdité du délire et les troubles physiques. Est-ce une pseudo-paralysie générale? Est-ce là un cas de la fameuse folie congestive? Y a-t-il lieu de tenir compte de l'alcool, non pas ingéré, car cet homme est sobre, mais absorbé professionnellement? (Il est pourtant soumis de nouveau à cette même influence.) — Je ne veux pas ici trancher cette importante question. Mais le cas que je viens de citer me permet de me rallier à l'opinion que vient de développer M. Régis, à savoir que l'absurdité du délire hypocondriaque n'est pas pathognomonique de la paralysie générale, comme plusieurs auteurs l'ont avancé. Je ne puis en effet poser ici le diagnostic de la paralysie générale, du moins jusqu'à présent. La maladie n'a duré qu'un petit mois et, si j'ai constaté quelques symptômes, je n'ai pas observé la marche de la paralysie générale.

M. Riu. — Je demanderai à M. Rouillard si le malade dont il vient de nous communiquer l'observation était syphilitique.

M. Rouillard. — Nullement.

La séance est levée à onze heures et demie.



SÉANCE DU MARDI SOIR, 6 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. SOUTZO (ROUMANIE)

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ ET HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHO-MOTRICES, par M. Séglas. — COUP D'ŒIL SUR LES PSYCHOSES PÉNITENTIAIRES, par M. Semal. — ADOPTION D'UN VŒU RELATIF A LA NÉCESSITÉ D'UNE ENQUÊTE OFFICIELLE RÉGULIÈRE SUR LES DÉLINQUANTS DEVENUS ALIÉNÉS. — FUGUES INCONSCIENTES CHEZ LES HYSTÉRIQUES. AUTOMATISME AMBULATOIRE. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE CES FUGUES ET LES FUGUES ÉPILEPTIQUES, par M. Jules Voisin. — INVERSION SEXUELLE CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ, TRAITÉE AVANTAGEUSEMENT PAR LA SUGGESTION HYPNOTIQUE, par M. Ladame ; discussion : MM. Dekterew, Benedikt Marcel Briand, Tissié, Doutrebente, Ladame.

La séance est ouverte à trois heures.

M. PAUL GARNIER, *secrétaire,* donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Ce procès-verbal mis aux voix, est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Séglas pour la lecture de sa communication.

LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ

ET LES HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHO-MOTRICES

M. J. SÉGLAS, *médecin-adjoint de la Salpêtrière.* — Messieurs, je n'ai pas l'intention dans cette courte note d'étudier en détail le dédoublement de la personnalité chez les aliénés : je me contenterai simplement de vous en rapporter deux exemples qui me semblent caractéristiques, tant à ce point de vue qu'à celui du mécanisme de ces phénomènes si particuliers qui ont été groupés par M. Baillarger sous le nom d'hallucinations psychiques.

OBSERVATION I

La première observation est celle d'un homme, âgé de trente-trois ans, qui s'est présenté à la consultation externe de la Salpêtrière le 7 septembre 1888.

Il y a peu de choses à signaler dans ses antécédents : son père était plus jeune que sa femme de cinq ou six ans : celle-ci était un peu nerveuse, sujette à des migraines ; a éprouvé une peur violente, étant enceinte de notre malade. Deux fils bien portants ; un troisième, notre malade, s'est développé tardivement, a eu des convulsions de l'enfance. Il est toujours resté faible de santé, d'un caractère sombre : élevé dans un séminaire, il se plaint lui-même d'avoir reçu une éducation trop sédentaire et surmenée quant au développement de l'intelligence. Les idées délirantes, qui se sont développées progressivement, devinrent tout d'un coup apparentes à l'âge de vingt-cinq ans, sous l'influence d'une émotion morale violente et de quelques excès alcooliques. Ce sont d'abord des idées ambitieuses avec croyance à des faveurs surnaturelles et à une destinée extraordinaire.

Puis des disgrâces successives, occasionnées par l'état de santé physique et intellectuelle de M. D..., provoquèrent à leur suite des idées de persécution, associées aux idées ambitieuses et qui prédominent aujourd'hui. Les idées délirantes sont entretenues par des troubles hallucinatoires très intenses.

Ce sont d'abord des hallucinations de l'ouïe, ce que le malade appelle *le phonographe*, consistant en un concert de voix nombreuses qu'il attribue à des esprits. Ce sont des paroles désagréables, *éhontantes*, qu'on entend très nettement par l'oreille. Ces voix qui viennent du dehors, parfois de très loin, sont très nombreuses. Elles sont «*téléphoniques*» et «*polyphoniques*». De plus, elles sont « *pénétrantes* », en ce sens que la parole entendue se répète 50 et 100 fois sous forme d'écho. « Il me semble, dit-il, que je suis passé à l'état de « *phonographe enregistreur* ».

Ces voix répètent tout ce qu'on éprouve ou ce qu'on pense. « L'homme est mis à nu, devenant, pour ainsi dire, un cristal pour tout le monde. »

A côté de ces voix, il y en a d'une autre espèce, et qu'il appelle « *les voix à caractère labial.* » Ce sont des voix basses intérieures, distinctes des voix pénétrantes extérieures. Voici ce qu'en dit le malade : « Il y a un verbe intérieur articulé en dedans de la poitrine et dépendant du système sympathique. Celui-là est beaucoup moins accessible à l'ouïe qu'une autre forme de verbe intérieur qui part de la poitrine et s'articule par les lèvres. ...... La voix intérieure est un verbe subjectif qui parle en vous, indépendamment de vous-même. Cela part de la poitrine et fait remuer les lèvres. On comprend ce que dit la voix labiale rien qu'aux mouvements des lèvres et sans articuler rien, haut ni bas. Quelquefois la voix labiale retentit à l'oreille comme une voix chuchotée. Les voix téléphoniques n'ont jamais le caractère labial et ne sont accessibles qu'à l'ouïe. Enfin il y aussi ce principe qui s'exprime par vos lèvres et alors il y a un langage tout à fait articulé et parfois inintelligible. » Le malade se sent poussé à prononcer des mots dont il ne comprend pas le sens. Souvent il lui arrive, par suite de cette impulsion, que voulant dire quelque chose, il exprime tout le contraire de sa pensée, « la phrase étant transformée par une impulsion labiale ». En outre, il a des impulsions à des emportements contre lesquels il réagit : ce qu'il explique par la dépresssion morale qui le livre aux esprits contre lesquels il lutte, grâce à l'appui des *esprits de défense* qui s'opposent aux *esprits d'attaque.* C'est comme la lutte de Saint-Michel

et du Diable : « jusqu'ici Saint-Michel l'emporte sur Diabolus ». Ajoutons qu'au début il a eu quelques hallucinations de la vue, « ombres, lettres grecques étincelantes ». Il résume lui-même la marche de tous ces symptômes en disant que ce fut d'abord une *obsession*, qui est devenue une *possession* de l'individu hanté par les esprits.

Observation II

Madame L... née R..., âgée de soixante-trois ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 17 décembre 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère, morte d'un asthme. « Sa tête était la même chose que celle de sa fille (notre malade) ».

Père, quatre-vingt-cinq ans, encore vivant, « a toujours aimé la chopine ».

6 enfants, tous vivants : deux filles extrêmement dévotes, « l'une d'elles fréquente à la fois les francs-maçons et les curés. »

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance, réglée à quinze ans sans accidents, mariée à vingt-sept ans, a eu en dix ans 7 enfants et 2 fausses couches. Un fils est alcoolique; un autre, faible d'esprit, strabique, est également alcoolique.

Le mari était syphilitique; mais notre malade dit n'avoir pas contracté cette maladie; elle n'en offre d'ailleurs aucune trace. Elle a eu, autrefois, une névralgie sciatique.

Elle était intelligente, religieuse, mais ne pratiquait pas; n'a commencé à fréquenter les églises que depuis cinq ans environ. Pas d'obsession, d'accidents hystériques. Ménopause à quarante-sept ans.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie actuelle semble remonter à l'année 1886. Pendant 6 mois, de mai à octobre, elle éprouvait différents symptômes dont elle ne pouvait trouver la cause. C'était surtout des étouffements, des souffrances, des coups dans le dos, dans le ventre. A l'église, elle sentait du vent sur sa tête et ses cheveux tremblaient, elle a changé de place pour cela. Elle a changé aussi cinq fois de confesseur, parce que chaque fois qu'elle se confessait, elle se sentait brisée, toute malade « comme maintenant », mais sans savoir pourquoi. Parfois elle confessait malgré elle des choses qu'elle ne voulait pas dire. Une fois elle s'est sentie pétrifiée dans le confessionnal en voyant le prêtre montrer ses cinq doigts à travers la grille; un autre jour, elle a senti sa joue gauche sauter comme s'il y avait une bête là-dedans. Quand elle allait communier, elle se sentait tirée à droite ou à gauche. En décembre 1886, étant à l'église, elle a entendu tout d'un coup qu'on lui disait par l'oreille : « ce n'est pas vrai ». C'est à cette époque qu'elle a eu l'explication des phénomènes qu'elle ressentait, parce qu'on lui a dit qu'elle était passée à la censure par des prêtres qui méprisent la religion et qui lui font du mal de peur qu'elle ne le répète, et pour la faire renoncer à la religion.

Aujourd'hui elle se plaint d'être emplâtrée, emboucanée, empestiférée, ensorcelée par cinq prêtres qui la possèdent : il y en a un dans sa tête, deux dans sa gorge, un dans son ventre, un dans son estomac. Ces idées de

possession sont accompagnées d'idées de négation et reposent sur différents symptômes que nous allons examiner et dont les plus saillants sont les *troubles de la sensibilité générale, et les troubles psycho-moteurs.*

Elle n'est plus la même, son tempérament s'en va ; elle est malade de partout, elle a mal dans les reins, ses bras sont meurtris. Elle a des douleurs partout, elle est toujours froide, ses sangs sont glacés ; elle sent des picotements et des fourmillements dans les jambes, comme si on l'électrisait, parfois elle sent du froid comme de la glace ; elle sent du vent sur sa tête. Le soir elle est maigre quand elle se couche, le matin elle est grasse et bouffie. Il lui semble parfois qu'elle tombe dans un gouffre. Elle a quelque chose sous les palettes de l'épaule, cela remue et ronfle à cet endroit. Elle est percée des deux bouts; elle a un trou entre les deux épaules. Elle ne sent plus la nourriture descendre, cela tombe comme dans un puits. D'ailleurs elle n'a plus ses tripes. C'est le prêtre qui est dans son ventre qui les a ; elle l'y a senti remuer trois fois et cela lui donne des coliques. Il lui manque aussi un bout de fondement. Un autre prêtre lui a pris son cœur, elle n'en a plus, elle n'a plus d'ongles, plus de luette, plus d'amygdales. Il y a des petits trous dans son palais, où se loge ce qu'elle prend. Cela retombe ensuite comme un jet d'eau. Par ces mêmes trous il lui tombe aussi dans la gorge des grains de *sénevé*. Ils lui ont tari ses larmes. Elle n'a plus de sentiments, plus de mémoire, plus de pensée : ils lui ont tout pris, elle n'est plus qu'une bête.

Ils la faisaient se perdre dans la rue ; quand elle passait sur un pont, ils la poussaient à se jeter à l'eau malgré elle. Ils lui dictent tous ses actes. Ils font remuer ses doigts de pieds. Ils la font parler malgré elle, surtout la nuit, et dire des tas d'horreurs. Ils la possèdent si bien qu'ils parlent par sa bouche, voient par ses yeux, etc. Un jour (juillet 1888) qu'elle lisait le journal, elle l'a jeté de colère, parce que c'étaient eux qui lisaient ; en effet sa langue marchait malgré elle pendant qu'elle lisait.

Ils lui parlent intérieurement, sans qu'elle les entende par l'oreille. « Je ne les *entends* pas, dit-elle, je les *sens* parler. » Les voix intérieures viennent du ventre, de l'estomac, de la tête, du dos, de la gorge et surtout de la langue. Ils se cachent sous sa langue et la remuent pour lui parler ; quelquefois elle sent aussi ses lèvres frissonner. Elle est tellement consciente de ces mouvements de la langue qu'elle attribue à la présence des prêtres, qu'elle demande à chaque instant qu'on regarde sous la langue pour voir s'ils n'y sont pas. Une fois elle est allée chez un pharmacien pour faire constater leur présence dans sa langue. « Le pharmacien a regardé avec un tube en verre, mais ne s'est pas prononcé. » Pour empêcher sa langue de « vaciller » et pour les faire taire, elle se met souvent quelque chose dans la bouche. Une fois, par exemple, nous l'avons vue « chiquer un gros morceau de citron ». Mais ce moyen ne réussit pas, ils déplacent le citron, et remuent de nouveau la langue pour se faire entendre. Quand ceux qui sont dans le ventre et l'estomac veulent parler, elle sent à cet endroit quelque chose qui se décroche. Cela saute et remonte dans la gorge jusque dessous la langue. — Comme elle n'a plus de pensée, il y en a un qui lui sert de pensée, « c'est le souffleur » : il est placé dans le dos entre les deux épaules. Elle sent que cela roule ou monte et descend à cette place, mais elle ne comprend pas. Mais il y en un autre plus haut dans la gorge et

sous la langue, qui répète « comme un interprète » ce que le premier veut dire, et c'est alors qu'elle comprend par les mouvements de la langue.

Les yeux ont été changés, en 1887 ; mais depuis octobre 1888 elle a des prêtres dedans qui voient par ses yeux et même lui parlent par ses yeux. Elle s'en est aperçue à ce que ses yeux remuent par moments (blépharospasme); mais la plupart du temps elle ne comprend pas ce qu'ils veulent dire ainsi : c'est étonnant, ajoute-elle, car il se passe cependant alors dans son œil la même chose qu'elle ressent dans sa langue lorsque le prêtre qui y est caché lui parle, et ce dernier elle le comprend.

Pour qu'elle comprenne ce que celui de l'œil veut dire, il faut que celui qui est dans la langue lui remue la langue en même temps que l'autre remue l'œil. Il en est de même pour le nez qu'ils remuent quelquefois, « comme les naseaux d'un cheval qui a trop chaud », lorsqu'ils veulent lui parler. De même qu'ils la font parler, dans d'autres moments, ils l'en empêchent ; ils l'empêchent aussi d'aller aux cabinets en l'emboucanant par le fondement.

Les hallucinations sensorielles sont ici reléguées au second plan comme intensité et comme fréquence. Celles de l'ouïe sont très rares : elle prétend n'avoir entendu parler que trois fois; la première (décembre 1886) quand elle a entendu « ce n'est pas vrai » ; six mois plus tard, elle sort pour faire des courses en disant : « je vais acheter des souliers ». Elle a entendu par l'oreille une voix répondre : « ce n'est pas la peine ». Une troisième fois, quelques mois plus tard, elle a entendu une voix l'appeler « sacrée vache ». Elle a entendu aussi, plus récemment, une douzaine de fois environ, des bruits de coups dans son armoire, des bruits sur les toits.

Il y a aussi quelques hallucinations de la vue : elle a vu des yeux de morts ; ils lui ont fait voir un drap mortuaire blanc et noir, parce qu'elle regardait des images de la Sainte-Vierge, etc....

Le goût et l'odorat sont plus atteints. Ils ont falsifié ses aliments qui ont des goûts infects. Elle se dit possédée à la suite d'une communion où l'hostie avait un goût. C'était, dit-elle, de la créosote ; ils lui ont fait crever une grosse vessie dans sa chambre pour l'empestiférer ; ils lui envoient trente-six sortes de mauvaises odeurs, qui entrent par le nez et sortent par la bouche.

D'un autre côté, elle croit elle-même répandre une mauvaise odeur, c'est comme du soufre. Elle ne vous regarde jamais en face, parce qu'elle craint qu'on ne devienne possédé, si ses yeux se fixaient sur vous.

Comme réaction, nous l'avons vue au début changer de place à l'église et de confesseur. Elle a eu l'intention de se faire conduire au poste elle-même, pour empêcher les prêtres de l'égarer dans la rue. Deux fois elle est allée réclamer protection au commissaire de police. Elle a été trouver un magnétiseur qui lui a dit que c'était l'affaire d'un prêtre; mais elle n'a pas voulu l'écouter, parce que ceux qui la possèdent lui feraient signe. Un de ses neveux, qui est prêtre, a voulu l'exorciser ; mais, ajoute-t-elle, ce n'était pas la peine parce qu'un des prêtres qui la possèdent est son ancien professeur. Aujourd'hui, elle ne cesse de demander à être exorcisée, et en attendant, elle diminue ses souffrances ou calme ses impulsions en appliquant son chapelet sur les points qui en sont le siège.

Messieurs, sans insister sur l'existence, chez ces deux malades, du dédoublement de la personnalité, je me bornerai à mettre en relief l'une des causes qui me paraissent avoir le plus contribué à sa production.

Le dédoublement de la personnalité est plus ou moins évident, mais constant chez les malades qui présentent le singulier phénomène étudié par M. Baillarger sous le nom d'hallucination psychique. Or nous pouvons, dans les observations qui précèdent, trouver la raison de ce fait.

On sait quelle part importante revient, dans la production du dédoublement de la personnalité, à tous les troubles de la volonté, phénomènes d'inhibition ou impulsions, si bien que l'on peut dire que tout fait d'automatisme est en même temps un fait de dédoublement de la personnalité.

Or l'hallucination psychique de M. Baillarger (voix intérieures, voix épigastriques, langage de la pensée) est un exemple de cette catégorie ; car elle renferme à côté de troubles sensoriels effacés, un élément moteur prédominant et consiste avant tout en des phénomènes d'articulation mentale involontaires, parfois inconscients, souvent conscients, mais perdant presque toujours pour le malade tout caractère personnel et attribués par lui à des personnages qui le possèdent.

C'est cette considération qui m'a conduit à donner à ces hallucinations le qualificatif de psycho-motrices, cette dénomination n'ayant pour but que de rappeler l'intervention des centres moteurs du langage, provoquée par un trouble fonctionnel de ces centres, analogue à celui qui dans les hallucinations psycho-sensorielles intéresse les centres sensoriels-corticaux.

J'ai déjà rapporté dans des études antérieures sur ce sujet (*Progrès médical*, 1888, nos 33 et 34 et *Annales médico-psychologiques*, nos de janvier et de juillet 1889) des exemples à l'appui de la théorie que j'ai proposée.

Je rappellerai seulement ici celui d'une malade qui me disait en parlant de ses voix épigastriques : « Il y en a qui viennent parler dans ma bouche et qui obligent la langue à remuer, mais la bouche reste fermée et il n'en sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue, sans prononcer rien ni haut, ni bas. »

Je citerai aussi une observation de M. Régis (*Encéphale*, 1881, n° 1, p. 71) et une autre que j'emprunterai à la thèse d'agrégation

de M. Ballet. C'est celle d'un malade observé par M. Charcot et qui avait des voix extérieures et intérieures : « La langue de M. X... se meut malgré lui au moment où parle la voix intérieure. Je ne crois pas, ajoute M. Charcot, que les voix extérieures, quelque intenses qu'elles aient pu être, aient jamais été accompagnées chez M. X... de mouvements de la langue. »

Les deux observations que je viens de vous lire me paraissent des plus nettes à ce même point de vue. Le premier malade désignait lui-même ces hallucinations particulières sous le nom de « voix labiales ». Chez la seconde malade, l'intervention des centres psycho-moteurs du langage est encore plus évidente, lorsqu'elle avoue ne pas comprendre ce que dit le prêtre qui lui parle par les mouvements de l'œil en tout semblables cependant à ceux provoqués dans la langue par un autre prêtre qui, lui, se fait comprendre et doit ainsi servir d'interprète au précédent.

De là, il résulte que les hallucinations verbales psycho-motrices se rapprochent beaucoup par un certain côté des impulsions verbales, par suite de l'élément moteur qu'elles renferment et qui, en en faisant de véritables exemples d'automatisme, entraîne à la suite des conséquences nouvelles, telles que le dédoublement de la personnalité.

Ces différentes particularités que j'ai mises en relief dans les observations précédentes, sont également évidentes dans une autre publiée jadis par M. Baillarger. (*Ann. méd. psych.*, 1856, p. 54.) Le malade qui en fait le sujet constate d'abord lui-même que depuis qu'il se connaît, il n'a pu lire ou penser qu'à l'aide de l'articulation mentale, puis il ajoute : « Il y a dans ma poitrine, dans la région de l'estomac, comme une langue qui *articule* tout intérieurement. » Plus loin : « Ma pensée gît, il me semble, à la poitrine, à l'estomac ; je suis porté à croire qu'il y a chez moi une *double* pensée. » M. Baillarger, dans une analyse minutieuse de l'état mental de cet individu, met en relief l'importance de l'articulation mentale involontaire dans les cas de ce genre et le dédoublement de la personnalité qui en découle. Antérieurement Lélut (*Amulette de Pascal*) avait déjà entrevu l'importance et la nature de ces phénomènes.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'hallucination psychique de M. Baillarger est avant tout un

trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage;

2° Elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, quoique se rapprochant surtout de cette dernière. D'où le nom *d'hallucination verbale psycho-motrice* que j'ai proposé dans mon premier travail (voir *Progrès médical*, 1888);

3° L'élément moteur qu'elle renferme en fait une cause puissante du dédoublement de la personnalité. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Semal pour la lecture d'un mémoire.

COUP D'ŒIL
SUR LES FOLIES PÉNITENTIAIRES

M. Semal, *médecin en chef de l'asile de l'État, à Mons (Belgique).* — A l'ordre du jour du Congrès international de médecine mentale tenu à Anvers en 1885, et comme corollaire des *relations entre la criminalité et la folie* qui constituaient l'objet principal de la discussion, figurait la question, non résolue encore aujourd'hui, de l'influence de la forme de détention sur la genèse et l'évolution des maladies mentales atteignant les prisonniers.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que cette question a déterminé de vives préoccupations; elles ont pris naissance dès la mise en pratique du système cellulaire et ont donné lieu à des appréciations contradictoires qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler succinctement.

Les partisans de la détention cellulaire, qu'il est plus rationnel de nommer régime de séparation individuelle, y voient la condition essentielle de la répression des crimes et de la moralisation du condamné, qui se plie plus aisément à la discipline étant soustrait au contact provocateur et pernicieux de ses codétenus.

Néanmoins, pour les uns, ces avantages seraient appréciables seulement quand il s'agit de courtes peines, à seule fin d'éviter la perversion du condamné; mais en général ils considèrent comme illogique de se servir de l'isolement comme moyen d'apprendre au délinquant à respecter des lois sociales essentiellement basées sur les relations des individus entre eux.

Si l'on écoute les détracteurs du système, les dangers seraient bien autres : un détenu soumis à la séparation individuelle ne

pourrait supporter longtemps ce régime sans subir une altération profonde de l'organisme, sans être conduit à l'anémie, à la tuberculose, au suicide et enfin à la folie.

Nécessairement, Messieurs, je n'entreprendrai pas la critique, d'ailleurs dénuée encore des éléments d'appréciation, de tous ces arguments contradictoires, mais il en est un qui mérite cependant toute notre attention, qu'il nous appartient de chercher à vérifier: c'est l'influence de la détention et particulièrement de la détention cellulaire sur la genèse de la folie.

J'ajouterai qu'en Belgique nous sommes bien placés pour élucider ce dernier point, puisque depuis plus de vingt ans le système y est régulièrement appliqué. Aussi était-ce avec un certain espoir de réussite que je m'étais chargé d'une enquête dont je vais vous donner un simple aperçu, me réservant d'entrer dans de plus longs détails lors de la publication définitive du travail.

Auparavant je crois utile de faire connaître la manière dont j'ai procédé à cette enquête, afin de vous donner confiance dans le résultat obtenu.

Je réclamai en premier lieu de l'Administration pénitentiaire un relevé des cas de folie qui s'étaient produits pendant une période déterminée, de 1865 à 1884, laps de temps durant lequel le système cellulaire avait régulièrement fonctionné, en y mentionnant pour chaque détenu, nominalement désigné, le temps passé en cellule, celui passé en commun, la date du placement à l'asile, la copie du certificat médical délivré par le médecin de la prison, les observations consignées aux registres d'écrou, etc.

Mis ainsi en possession de notes individuelles d'un caractère purement administratif, il nous parut indispensable de recourir aux rétroactes judiciaires afin d'esquisser la physionomie des individus en cause, lors de leur comparution en justice, et dégager ainsi des circonstances entourant le crime tous les détails susceptibles de l'éclairer. A cet effet, nous obtînmes des procureurs généraux et procureurs du roi l'autorisation de prendre connaissance des dossiers judiciaires afférents à chaque condamné. Enfin, l'examen des registres médicaux des asiles, où ces détenus aliénés furent placés, acheva de compléter l'histoire clinique de chacun d'eux. Suivis pas à pas depuis leurs premiers démêlés avec la justice et souvent depuis leur enfance, les sujets de cette étude n'ont pu cacher que rarement le fond même de leur nature et ont précisé la part que les événements de la vie, y compris la détention, prirent à leur déchéance.

I

Il résulta de ce relevé officiel que, pendant les vingt années en question, il est entré en chiffres ronds 526.000 détenus dans les prisons de Belgique, répartis comme suit :

	2.192	criminels condamnés ayant fourni 44 aliénés soit, 20 pour 1.000.
	127	criminels acquittés détenus jusqu'au jugement (pour mémoire).
	285.079	condamnés correctionnels ayant fourni 187 aliénés, soit 0,66 pour 1.000.
	1.464	correctionnels acquittés détenus jusqu'au jugement (pour mémoire).
	235.355	condamnés en simple police ayant fourni 63 aliénés soit 0,27 pour 1.000.
	2.096	renvoyés des poursuites (prévenus et accusés) ayant fourni 220 aliénés, soit 105 pour 1.000.
Total..	526.313	détenus ayant fourni 514 aliénés, soit 0,97 pour 1.000.

Soit une moyenne de 100 aliénés sur 100.000 détenus ; or les recensements généraux de 1868 et 1878 accusent pour la Belgique une proportion de 132 aliénés sur 100.000 habitants, non compris les aliénés en liberté.

La statistique donnerait donc l'avantage à la détention sur la vie libre. J'avoue que ce résultat, si contraire à mes idées préconçues et à l'opinion courante, ne laissa pas de m'étonner grandement. En y réfléchissant, je trouvai bien cette donnée moins paradoxale qu'elle en avait l'air, puisque, si les prisonniers subissent l'action de causes inhérentes à leur situation, ils sont, par le fait même de leur éloignement du milieu social, soustraits à l'influence d'une infinité de chocs et de causes qui, dans la vie libre, facilitent l'évolution morbide.

Mais, par contre, il fallait reconnaître que la comparaison entre la population libre du pays et la population recluse, par rapport au chiffre d'aliénés qu'elles présentent respectivement, laissait à désirer en ce sens que, d'un côté, le recensement général des aliénés du pays prend ceux-ci à toute période de leur existence, et que la statistique relative aux prisonniers n'envisage qu'une période limitée et parfois très courte de leur vie. L'immunité apparente et relative des détenus vis-à-vis de la folie durant leur incarcé-

ration n'implique nullement qu'une fois rendus à la liberté, ils n'iront pas grossir le chiffre du recensement général, et n'exclut pas la supposition de rattacher d'une façon quelconque à la perte de la liberté et à la manière dont cette perte a été subie, l'évolution d'une psychose qui se ferait jour plus ou moins longtemps après la sortie de prison.

D'autre part, les chiffres de la statistique sont susceptibles d'une tout autre interprétation, selon le groupement qu'on leur fait subir. Ainsi en écartant, ce qui me semble très équitable, les 235.000 condamnés en simple police qui n'ont fait qu'effleurer la détention, nous restons en présence de 291.000 détenus, criminels et correctionnels réunis, ayant fourni 451 aliénés, soit 155 sur 100.000, dépassant donc notablement la proposition de 132 sur 100.000 habitants recensée pour la population totale du pays. Mais ceci nous apprend surtout que les délinquants sont plus enclins que les honnêtes gens, et la donnée globale reste toujours susceptible d'une analyse plus rigoureuse dès que nous restreignons notre objectif à l'influence de la détention et de sa forme sur la genèse et l'évolution des psychoses.

D'abord, il est à remarquer que, sur ces 514 aliénés, il y a 220 prévenus renvoyés des poursuites, c'est-à-dire 220 cas où la détention ne peut qu'être très exceptionnellement incriminée, et qu'il reste, en somme, 295 condamnés devenus aliénés sur lesquels il sera loisible de rechercher l'influence nocive de la détention.

Mais l'élimination peut et doit être poussée plus loin encore, puisque de ceux-ci il faut défalquer 8 simulateurs, 42 sur qui les renseignements manquent, 11 dont l'état psychopathique était symptomatique d'une affection morbide définie, et enfin 155 dont l'état de folie, méconnu pendant l'instruction et les débats, s'est révélé dès le *début* de la détention. Cette dernière catégorie ne peut faire l'objet de notre attention quelque intéressante qu'elle soit, et, pour le moment, il suffit de constater que le total des défalcations ainsi opérées nous ramène à un chiffre de 79 détenus seulement chez qui la folie s'est déclarée *au cours de la détention*, et qui paraissaient indemnes de toute tare à leur entrée en prison. Rien n'empêche d'admettre pour eux l'existence de certaines prédispositions, les unes latentes, les autres manifestes, dues à l'hérédité ou à des causes dégénératrices de la vie libre ; mais ce qu'il importe de noter, c'est qu'il a fallu l'intervention des facteurs inhérents à la détention pour que ces prédispositions évoluent et aboutissent à un état de folie caractérisée. Et d'ailleurs

le bilan de ces influences extérieures ou internes est facile à dresser (voir tableau n° I).

a) 4 de ces détenus subissaient des influences héréditaires, c'est-à-dire comptaient des aliénés dans leurs ascendants;

b) 3 joignaient à des prédispositions congénitales des excès alcooliques, une vie déréglée ou l'appoint d'un état névropathique ;

c) Une autre catégorie de 7 détenus comprend ceux chez qui la psychose a reconnu comme élément causal la fusion de prédispositions héréditaires déjà développées dans la vie libre par des excès sexuels, alcooliques, une vie déréglée ou la présence d'un état névrosique (épilepsie), et chez qui la série des causes déprimantes ou excitantes de la détention est venue achever l'œuvre commencée ;

d) Le cinquième groupe, ne présente plus, du moins en apparence, de tares ancestrales, et les 7 individus qui le composent, après avoir subi un processus causal dans la vie libre, excès divers, vertiges, hystérie, sont venus s'achever en prison.

Par voie d'élimination nous arrivons ainsi aux deux derniers groupes relevés au tableau (I) ci-joint et comprenant :

1° 26 détenus aliénés, chez qui de douteuses prédispositions semblent avoir évolué sous l'action de causes inhérentes à la détention;

2° Enfin, 32, qui, exempts de toute tare préalable, semblent avoir subi le naufrage de la raison *sous l'empire exclusif des conditions de la vie recluse.*

Soit, en somme, 32 malheureux que le régime de la prison a rendus fous incontestablement.

Or ce chiffre qui paraît insignifiant, au premier abord, acquiert au contraire une haute portée, quand on constate qu'il doit donner la mesure de l'influence nocive de la détention, non pas disséminée sur nos 526.000 détenus, ni même comparée au total de 514 aliénés relevés sur cette population, mais s'adaptant exclusivement aux 79 cas de folie nettement éclos en prison.

Ce qui revient à dire que 40 p. 100 des prisonniers, *qui deviennent aliénés au cours de leur détention, doivent leur maladie au régime pénitentiaire qu'ils subissent*; chez le restant l'influence de ce régime s'est confondue avec celle de facteurs étrangers à la détention, soit individuels, soit sociaux.

Mais on se tromperait étrangement en inférant de ces données que, même pour ces 79 détenus, la prison a créé la folie de toutes pièces; les prédispositions soit héréditaires, soit acquises au début ou au cours de la vie libre, étant des facteurs dont il est téméraire de jamais faire abstraction. Le résultat le plus indéniable de notre enquête peut se prévoir dès ici : c'est la confirmation de la loi générale d'évolution des germes morbides; ils préexistent à l'emprisonnement et celui-ci n'est que le milieu favorable à leur éclosion. Cela suffit déjà pour qu'on y regarde à deux fois avant de soumettre tous les détenus à un même régime pénitentiaire, car nous ne sommes fixés ni sur le temps d'incubation des phénomènes délirants, ni sur la rapidité d'action des causes nocives de l'emprisonnement; tout dépend en effet des individualités.

Cette assertion trouve sa démonstration dans ce fait que les prévenus n'ont pas été reconnus comme aliénés dès la mise en détention , bien qu'ils fussent presque tous en état de suspicion. Il a fallu des temps variables d'observation pour arriver à une conviction : en effet, sur 220 qu'ils étaient, 127 furent élargis dès le premier mois, 57 pendant le cours du second mois, 23 pendant le troisième et 17 même au-delà de ce terme. On peut bien accorder qu'une partie de ces retards incombe aux nécessités de l'instruction judiciaire, aux formalités administratives, mais c'est à la lenteur prudente de l'examen médical que la proportion la plus large doit être attribuée. Est-il possible pour ces prévenus de dégager les influences personnelles des influences du milieu, de dire la part due à l'incarcération, à la forme de détention, dans l'éclosion ou la marche de leur délire? Sans conteste la réponse sera négative et le mieux est d'écarter ces individualités difficiles à apprécier [1].

C'est en écartant en outre 58 vagabonds et mendiants qui restèrent quelques jours en prison, dont l'état mental oscille pour la plupart entre les stigmates de l'imbécillité, de l'idiotie, de la démence, et la déchéance alcoolique, qui par conséquent n'ont rien emprunté au milieu pénitentiaire et qui figurent déjà parmi les 155 détenus reconnus aliénés à l'entrée en prison, que nous arrivons à limiter notre champ clinique à 79 sujets susceptibles de nous éclairer sur la grave question qui nous préoccupe.

[1] L'étude clinique des prévenus, ainsi que celle des détenus dont la folie a été méconnue, offre un intérêt particulier quand il s'agit de rechercher les affinités entre la folie et la délinquance. Cette question est réservée pour un travail d'ensemble sur le crime, la folie et le suicide en Belgique, et dont la publication est prochaine.

Comme nous le disions plus haut, ces 79 détenus paraissaient en pleine possession de leurs facultés mentales à l'époque de leur mise en détention, et il importe de rechercher, autant que possible, dans quelles mesures ont agi sur ces individualités les facteurs inhérents à la détention. En faisant momentanément abstraction des prédispositions dont le reflet plus ou moins lointain a facilité l'apparition des troubles morbides, et sans faire entrer en ligne de compte le mode d'incarcération, nous trouvons comme cause morbigène (Tableau n° I) :

35 fois l'alimentation insuffisante;
28 — l'isolement cellulaire;
20 — l'onanisme;
10 — la perte de la liberté;
9 — les causes morales connexes de la condamnation.

Mais il va de soi que ces incitations au délire n'ont certes pas agi isolément, dans le plus grand nombre de cas, et qu'une interférence inévitable est venue compliquer la solution du problème. Aussi avons-nous cherché un éclaircissement dans nos notes cliniques qui nous apprennent, relativement aux 79 détenus aliénés, relevés dans la deuxième partie du tableau n° I, que :

1° Chez les prédisposés on a constaté :

A. — Comme cause occasionnelle unique reconnue.
10 fois l'isolement cellulaire;
9 — l'alimentation insuffisante;
6 — l'onanisme;
1 — la perte de la liberté;
1 — des causes morales.

B. — Comme cause mixte reconnue.
7 fois l'isolement cellulaire uni à l'alimentation défectueuse;
3 — l'isolement et la perte de la liberté;
3 — l'alimentation défectueuse et la perte de la liberté;
1 — l'onanisme et la perte de la liberté;
1 — l'isolement, l'alimentation et la perte de la liberté.

2° Chez ceux qui n'avaient offert aucune prédisposition on note :

A. — Comme cause occasionnelle unique reconnue.
8 fois l'alimentation insuffisante;
6 — l'isolement cellulaire;
5 — l'onanisme;
5 — la perte de la liberté.

B. — Comme cause mixte reconnue.

- 6 fois l'insuffisance alimentaire unie à des causes morales;
- 2 — l'insuffisance alimentaire unie à l'onanisme;
- 1 — l'insuffisance alimentaire unie à la perte de la liberté;
- 1 — l'insuffisance alimentaire unie à l'isolement cellulaire.

Il appert de ces données qu'en ce qui regarde l'évolution vers la folie, la plaie du régime pénitentiaire belge, et sans aucun doute les autres pays ne sont pas mieux partagés que la Belgique, est la pauvreté de la ration alimentaire. Je ne rééditerai pas à ce sujet les considérations émises dans une autre enceinte [1] sur le rôle de l'alimentation dans la genèse et la cure de la folie, sur l'influence de la dyscrasie sanguine dans l'évolution des affections psychiques, car tous vous êtes persuadés que la débilitation physique est une des conditions généralement associées aux maladies mentales surtout dans les classes nécessiteuses et vous admettrez qu'à certains égards les prisonniers doivent être rangés dans cette dernière catégorie. Mais le défaut d'aliments réparateurs n'est pas seul à tenir la tête dans la série des facteurs occasionnels de folie; au même rang se trouve *l'isolement cellulaire* et tous deux résument pour ainsi dire la nocivité du régime pénitentiaire, en ce sens qu'ils accroissent ou facilitent l'action des autres éléments perturbateurs, parmi lesquels il convient de citer, outre le déplorable vice d'Onan, les angoisses, les regrets, les étreintes douloureuses qu'entraîne la perte de la liberté, etc.

II

Il est maintenant possible d'aborder en meilleure connaissance de cause, l'effet du système de la séparation individuelle, qui s'est quelque peu dégagé des complications et de l'indécision où nous jetaient les évaluations purement statistiques. Mais auparavant il me semble nécessaire d'entrer dans quelques explications sur le fonctionnement du régime cellulaire en Belgique, qui détruiront certains préjugés attachés à ce système.

D'abord la cellule ne répond en rien à l'idée que certaines imaginations portées à l'exagération romantique s'en sont faites ;

[1] *Psycho-névroses dyscrasiques*. In *Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, 1882 et *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1889: *De la médecine nutritive en psychiatrie*.

ce n'est ni un cachot privé d'air et de lumière, où l'atmosphère est viciée, où l'oxygène fait défaut, ni la claustration monotone entre quatre murs, nus de tout objet pouvant arrêter le regard et éveiller les idées. La cellule est une chambre de 9 mètres carrés de surface, de 3 mètres de hauteur, ce qui donne un cube d'air de 27 mètres, incessamment renouvelé par des appels ou des sorties suffisantes et que le détenu peut d'ailleurs augmenter en ouvrant les vasistas de la fenêtre. Le jour y est suffisant pour les besoins de tout travail, mais la vue sur l'extérieur n'y est point possible, et c'est un tort inévitable du système.

Quant à l'isolement, il n'existe absolu qu'à l'égard des co-détenus, ce qui est évidemment un bien à tous les points de vue. Car le détenu en cellule reçoit journellement de nombreuses visites, du directeur, des gardiens, de l'aumônier, de l'instituteur, du médecin, et enfin un comité de patronage établi depuis la promulgation de la loi sur la libération conditionnelle, viendra pour ainsi dire le rattacher à la vie sociale où il est appelé à rentrer, non plus isolé, livré à ses propres forces, abandonné comme une épave échappée au naufrage, mais aidé, secouru et guidé afin d'arriver, si possible, à une régénération morale.

Mon intention n'est pas de préconiser un système pénitentiaire dont j'apprécie toutes les conséquences funestes; mais je ne puis me dispenser de faire remarquer que le système de la séparation individuelle ne diffère pas en somme grandement du système en commun, sous le rapport des effets de la détention sur l'organisme.

En effet, les prisonniers en général souffrent du manque d'air; c'est une condition inhérente au séjour continu dans un même lieu. Mais le cube d'air mis à la disposition d'un détenu cellulaire est-il inférieur à celui qu'il reçoit dans un atelier ou une salle de réunion? Évidemment non; on peut même affirmer que la viciation de l'air qu'il respire sera moindre, et il lui est du reste loisible d'en provoquer à son gré le renouvellement.

Le manque d'exercice n'existe pas moins pour le détenu au régime commun que pour le détenu cellulaire, et celui-ci échappe même jusqu'à un certain point à la contrainte disciplinaire qui pèse sur les ouvriers livrés à un travail sédentaire dans les ateliers.

La nourriture imparfaite des prisons, et qui est peut-être le grief le plus sérieux à leur charge, est distribuée aux uns comme aux autres.

Enfin, la cellule n'est plus le confinement pénible, inauguré

jadis à Philadelphie, et il faut n'avoir jamais été à même de pénétrer les détails intimes d'une prison, pour ignorer qu'il est au régime des adoucissements réglementaires ou bienveillants qui le rendent supportable aux *natures normales*.

Reste l'ennui du désœuvrement pour ceux qui ne possèdent ni métier, ni aptitudes à une occupation sédentaire, s'exerçant isolément ; mais ne pèsera-t-il pas aussi, quoique dans une moindre proportion, sur le détenu de cette catégorie soumis au régime en commun ? Que fera-t-on du terrassier, du maçon, du campagnard, de tout ouvrier enfin habitué à une vie active ? Il faudra bien le plier à une besogne puérile, l'astreindre à un repos musculaire plus ou moins prononcé, à une occupation sédentaire où il sera inhabile, qui ne lui donnera ni satisfaction, ni bénéfice, et dont il aura une certaine honte.

Quand on y regarde de près, on s'assure que l'existence du prisonnier en cellule n'est pas si différente de celle du détenu soumis à l'emprisonnement collectif en ce qui regarde, bien entendu, l'effet produit sur leur organisation physique.

A l'un comme à l'autre l'anémie peut apporter un ralentissement dans la nutrition générale et déterminer ces troubles variables, selon les individus, qui peuvent aller jusqu'à la psychose, quand ils s'associent au tempérament nerveux. Nous avons eu, en effet, l'occasion de le démontrer ailleurs, chaque fois que chez un individu, il y aura prédominance des éléments du tempérament nerveux, on pourra voir, sous l'empire des causes débilitantes qui amènent et déterminent l'état dyscrasique, se produire graduellement une évolution morbide qui, des simples bizarreries et hyperesthésies morales et physiques, pourra s'élever aux plus incontestables manifestations délirantes. Or, chez les natures déjà défectueuses sous le rapport psycho-moral, l'état dyscrasique exagère encore les côtés défectueux et les rend incompatibles avec la vie de famille, l'existence sociale et même la discipline pénitentiaire. Mais cette incompatibilité est en quelque sorte rachetée par l'indépendance de la réclusion en cellule ; le détenu y est mieux chez lui ; il échappe relativement au regard inquisiteur du gardien, et se sent en somme plus maître de ses pensées, sinon de ses actes, que dans l'ouvroir commun.

Nous attribuerions donc volontiers à l'insuffisance de l'alimentation une action plus considérable qu'à l'isolement dans la genèse des folies dites pénitentiaires, mais cela ne nous dispense pas de rechercher la valeur de cette dernière influence.

Recourons à cet effet à l'examen des causes occasionnelles de l'éclosion ou de l'aggravation des phénomènes morbides chez les détenus soumis pendant toute la durée de leur peine à la détention cellulaire et qui font partie des 79 aliénés déjà mentionnés.

Ils sont au nombre de 44, dont 16 exempts de tout antécédent fâcheux, et 28 plus ou moins prédisposés ; ils forment donc plus de la moitié des détenus devenus aliénés au cours de leur détention, et c'est là un point capital à retenir, car il révèle en partie l'action funeste du confinement cellulaire, même atténué, comme il l'est en Belgique [1].

Ce qui fixe mieux l'opinion qu'on doit se former à cet égard, c'est d'abord que l'isolement cellulaire n'est incriminé que 5 fois chez 51 détenus qui ne firent qu'une partie de leur peine en cellule, soit une fois sur dix, tandis qu'il est noté 22 fois chez 156 détenus soumis pendant le cours entier de leur peine au système de la séparation individuelle, soit 1 sur 7 au lieu de 1 sur 10.

Ensuite, les effets de l'insuffisance alimentaire se font sentir dans une même proportion, bien que la ration des encellulés soit peut-être meilleure. Enfin l'onanisme plus facilité y exerce plus de ravages que dans le régime en commun.

Je néglige à dessein la description des préoccupations morales, des ennuis, des désespoirs de la solitude, puisque de plus autorisés et de plus éloquents ont déjà traité ce sujet et que je ne veux pas m'éloigner du terrain médical.

Pour évaluer l'influence morbigène de la claustration cellulaire sur l'esprit et le moral des détenus, il faut nécessairement éliminer ceux qui au début de leur détention offraient un signe, même douteux, d'une psychose quelconque. Sinon on risquerait de mettre à l'actif de la cellule tout ce qui aurait échappé à la clairvoyance de l'entourage du prisonnier.

Il faut en outre n'accepter qu'à titre auxiliaire l'exagération d'un état psychique, équivoque antérieurement, et dont les côtés défectueux n'ont fait que s'accentuer par les conditions où s'effectue l'emprisonnement.

Cet exclusivisme doit être porté au point de différencier et d'abstraire les conditions propres au système cellulaire de celles dues à la perte de la liberté, mais la statistique est impuissante à réaliser un tel programme ; elle ne peut sortir des généralités

[1] Cette donnée serait plus exacte si nous possédions le nombre de détenus qui, de 1865 à 1884, ont parfait leur peine exclusivement en cellule.

et celles-ci ne découvrent qu'un aspect de la question. Pour la résoudre, il faut jeter un coup d'œil attentif sur chacune des individualités mêmes; lui seul permettra de dégager les physionomies respectives des ombres qui les obscurcissent.

Ces recherches cliniques ont été faites ailleurs et nous y renvoyons le lecteur soucieux de détails précis; mais actuellement il suffit de borner l'examen aux détenus qui, indemnes au seuil de la prison, auront fait leur peine exclusivement en cellule. Le nombre en est restreint, 16 en tout, mais ils sont typiques [1].

Un premier groupe nous montre sept sujets travaillés par des préoccupations hypocondriaques, assises sur un état défectueux de l'organisme reconnaissant pour cause des troubles digestifs ayant engendré des craintes d'empoisonnement, le refus d'aliments; et ce qui semble prouver péremptoirement l'influence causale et prépondérante de l'alimentation pénitentiaire, c'est l'amélioration rapide, la guérison même obtenue par les modificateurs nutritifs.

Le régime diététique peut donc compenser, en une certaine mesure, l'action délétère de l'isolement.

Puis viennent deux mystiques adonnés à l'onanisme, conformément à cette bizarrerie pathologique qui mêle si fréquemment la religiosité et l'érotisme. La cellule évidemment favorise le processus morbide, mais les habitudes solitaires s'invétèrent dans tous les milieux et la surveillance est partout impuissante à les réprimer. Le mysticisme, sollicité par des démonstrations et des enseignements tendant à l'éveil du repentir, a par contre toujours vécu de l'isolement.

Enfin, où éclate, selon nous, la faculté nocive inhérente à la cellule irrémédiablement liée à ce système, c'est dans l'histoire de ces six hallucinés de l'ouïe qui présentent une sorte de délire typique, que nous serions presque tentés d'appeler *délire claustral*, dont nous aurons occasion de reparler dans un instant.

Pour le moment, allons au-devant d'une objection qui ne manquera pas de se produire en présence du chiffre restreint de victimes attribué à l'action du système cellulaire. Quoi, dira-t-on, 7, voir même 16, sur 514 détenus aliénés, sur 526.000 détenus, cela vaut bien la peine d'en parler ! Assurément oui, car en précisant d'une manière incontestable les cas où la folie ne pouvait être

[1] *Recueil de documents cliniques sur les individus atteints d'aliénation mentale dans les prisons de Belgique (Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique).*



rapportée qu'à l'isolement, nous n'avons pas entendu négliger ni méconnaître son influence quand il s'allie à d'autres agents perturbateurs. Dans cette matière comme en toute controverse, les faits catégoriques font loi.

De ce que sur 1.000 individus à qui serait servi un repas empoisonné, deux ou trois seulement succombent, serait-on en droit de prétendre que les autres n'ont pas absorbé de poison ou qu'on peut impunément leur en continuer l'usage ?

L'immunité relative est en rapport direct avec la susceptibilité individuelle, c'est un point qu'il convient de toujours mettre en lumière et qui dans l'espèce comporte un intérêt tout spécial.

III

Dans les considérations qui précèdent, nous avons insisté à différentes reprises sur un point qui se dégage si nettement de nos recherches qu'il semblerait superflu d'y revenir encore, si sa confirmation n'éclairait d'une manière toute spéciale, non seulement la question de l'influence du régime pénitentiaire sur la production ou l'évolution de la folie, mais ne jetait une certaine lumière sur les rapports de la folie et de la criminalité.

Sans que nous le voulions *a priori*, notre travail tend à démontrer que les troubles psychiques ne reconnaissent pas comme cause exclusive la détention elle-même, mais que les prédispositions individuelles sont pour ainsi dire l'élément primordial indispensable. On pourrait même, au moyen des données statistiques, arriver à estimer numériquement, pour ainsi dire, la certitude de cette dernière proposition.

Sur 526.000 individus qui sont entrés dans les prisons, il en est 167, avons-nous dit, chez qui la folie s'est déclarée dans le premier mois après leur entrée ; supposons un moment que la population des prisons ne se distingue en rien, sous le rapport de l'état mental, de celle qui est en liberté ; il faudra donc admettre que dans la vie libre il se déclare, chaque mois, 167 cas de folie ou 2.000 environ en une année. En portant d'autre part comme durée moyenne du séjour dans les asiles, deux ans, ce qui n'est certes pas exagéré, on arriverait à relever dans un recensement des aliénés séquestrés un chiffre de 4.000 aliénés sur 526.000 habitants. Or, nous le savons, le recensement pour la Belgique n'en décèle que 1.500 sur un million. Que conclure ? sinon que la population des prisons contient quatre fois plus d'aliénés que la population

ordinaire. Mais une déduction logique imposerait-elle le dilemme suivant ? Ou la délinquance est un avant-coureur de la folie, ou le milieu pénitentiaire est singulièrement apte à dévoiler celle-ci. Et la vérité ne serait-elle pas plutôt dans la puissance égale, simultanée ou subintrante de ces deux facteurs ?

L'hérédité et le milieu sont les deux seuls facteurs constitutifs de la modalité humaine, et il serait illogique de croire qu'ils sont dépourvus de valeur quand il s'agit des individualités déterminées que nous avons en vue. En mettant le pied dans sa cellule ou dans la salle commune, le détenu porte incrustées dans son organisation physique et morale toutes les expériences du passé ; bonnes ou mauvaises, vraies ou fausses, pénibles ou indifférentes, elles entrent avec lui et pèseront sur sa nouvelle existence comme elles ont pesé sur sa vie libre. A l'homme instruit, qui trouve dans les acquisitions intellectuelles un élément d'activité qu'on ne peut enchaîner entièrement, elles affaibliront peut-être le regret de la liberté perdue et l'ennui des longues heures de la captivité. Mais à la nature inculte, qui vivait surtout des sensations extérieures, elles créeront une contrainte douloureuse, soit en affaiblissant cette somme d'impressions au détriment de l'organisme, soit en surexcitant l'éréthisme des sens, du sens de l'ouïe notamment, le seul dont la captivité ne peut restreindre ni réglementer l'exercice.

Les instincts d'un troisième s'accommoderont momentanément d'une situation où l'insouciance habituelle des moyens d'existence trouve satisfaction ; mais, par contre, la détention facilitera l'attrait des jouissances brutales, solitaires ou dues à une triste promiscuité, et hâteront l'irrémédiable déchéance qui l'attendait tôt ou tard.

D'autres, tout à coup sevrés des élans d'une nature impulsive, mobile ou exubérante, sentiront des mouvements de révolte faire soudaine explosion, et ainsi naîtront ces conceptions délirantes, qui éclosent si facilement dans ces organisations défectueuses. Dans la vie recluse elles s'élèveront sous l'empire de la contrainte, et dans la vie libre elles se seraient liées aux élans mal contenus des passions et aux excès alcooliques. Tôt ou tard, l'asile doit forcément s'ouvrir pour ces dégénérés [1].

C'est en effet le groupe des dégénérescences qui alimente le plus les psychoses pénitentiaires, car, sur 270 cas où le diagnos-

[1] En voir une preuve statistique dans ce fait que la majeure partie des aliénés appartient à la catégorie des condamnés pour attentat contre les personnes.

tic a pu être sciemment posé, 56 fois on avait affaire à des dégénérés, et si l'on joint à ceux-ci les insuffisants, qui sont au nombre de 38, on obtient un total de 94, c'est-à-dire de 35 p. 100 de condamnés devenus aliénés chez qui la criminalité se liait à un état manifeste d'infériorité psycho-morale. (Voir tableau n° II.)

Ce qui est plus remarquable encore et ce qui appert de l'examen du tableau où sont établies les relations entre la forme morbide et la nature du délit, c'est que les dégénérés et les insuffisants se signalent en tête des crimes et délits graves. (Tab. II, litt. B et C.)

Cette constatation, qui jette un certain jour sur les rapports entre la folie et la criminalité, prouve encore que l'homme bien équilibré qui eût pu résister aux chocs de la vie libre, supportera mieux le régime et la monotonie déprimante de la réclusion, et qu'en conséquence c'est moins dans la forme de la détention que dans la personnalité même du délinquant qu'il faut chercher la raison des psychoses pénitentiaires.

Les dégénérés, les individualités réfractaires à l'éducation, incultes par conséquent et sans autres aliments pour leur sensibilité que les stimulations matérielles, seront, par le fait même de leur nature, presque inévitablement voués au naufrage.

Cette assertion est mise en évidence par l'examen des professions. Les métiers ou professions sédentaires, qui trouvent leur application dans le cours de la détention, ne fournissent qu'une moyenne de 16 à 17 p. 100 d'aliénés. Cette proportion s'abaisse à 7 ou 8 p. 100 chez les commerçants et négociants et chez ceux n'exerçant aucune profession, tous gens auxquels on est en droit de supposer une certaine instruction. Elle n'est plus que de 3 p. 100 pour les professions libérales et artistiques qui exigent des connaissances variées ou approfondies, et ainsi s'accuse un contraste frappant avec les métiers s'exerçant à l'air libre, en commun, où l'activité manuelle est seule en jeu, et qui fournissent de 68 à 70 p. 100 des cas d'aliénation mentale.

Il n'est donc pas téméraire d'avancer que c'est moins comme facteur essentiel de folie qu'il faut considérer la réclusion même cellulaire, mais plutôt comme facteur occasionnel déterminant la mise en jeu des germes préexistants.

Dans la vie, la lutte est inégale et chacun n'a à sa disposition que les armes léguées par ses ancêtres ou acquises par l'éducation.

Si l'héritage est important, les conquêtes sont faciles, les obs-

tacles se franchissent aisément et peu d'événements sont causes de chutes; mais pour les déshérités, les moindres circonstances sont prétextes à défaillance; aussi est-ce parmi ceux-ci que se recrutent dans toute circonstance et dans toute condition, la grande majorité, si pas la totalité des aliénés et peut-être la plupart des criminels [1].

Et cependant, que de fois on s'obstine à ne voir que la cause occasionnelle, qui met en relief ce qu'une longue suite d'événements antérieurs a préparé. Les maladies physiques, les émotions morales, les excès et les abus eux-mêmes ne viennent qu'en seconde ligne, et il est donc permis d'affirmer que la détention cellulaire ou autre, est impuissante à *créer* la folie.

Il faut bien admettre des différences individuelles, car si elles n'existaient pas d'une manière formelle et à un haut degré, la durée de la détention serait naturellement le facteur principal à considérer. Son action, en dehors des secousses morales qui accompagnent l'incarcération, se ferait d'autant plus sentir que la réclusion se serait prolongée: or, nous avons eu occasion de constater relativement aux 514 cas de folie relevés en vingt ans en Belgique, que, d'une manière générale, 50 p. 100 d'entre eux se produisirent dans le premier mois de la détention, et 84 p. 100 dans le cours de la première année. Mais cette donnée est trop vague, en ce sens que les prévenus sont compris dans l'évaluation; aussi, pour mieux fixer les idées, convient-il de ne considérer que les condamnés criminels et les condamnés correctionnels. Or, cette recherche est fort instructive, en ce sens que les premiers jours de l'incarcération, le premier mois même, offrent peu d'éclosions morbides: c'est seulement dans le cours et à partir du deuxième mois, alors que l'instruction étant finie, le jugement rendu d'ordinaire, le détenu est fixé sur son sort et que se dressent devant lui toutes les conséquences morales de sa condamnation, c'est à ce moment aussi que surgissent les explosions ou les affaissements morbides. En effet, sur 100 détenus correctionnels nous constatons l'éclosion délirante chez :

21 dans le cours du premier mois.
7 — second —

[1] Les criminels entrent pour 8 p. 100 dans le nombre total des aliénés détenus en l'espace de vingt ans, mais ils n'entrent que pour 3 p. 1.000 dans le nombre total des prisonniers; il est donc manifeste qu'il y a 26 fois plus de fous parmi les délinquants auteurs de crimes que parmi les autres catégories.



Mais à partir du troisième mois nous obtenons une progression frappante.

30	dans le cours du 3[e] mois.		75
24	—	4[e] —	
21	—	5[e] —	

Et à partir de ce moment la progression descendante se fait sentir.

Donc, si c'est alors que la détention n'a pu sortir tous ses effets désastreux que se produisent la majorité des compromissions psychiques, il faudra bien accuser aussi la pression des circonstances multiples qui ont amené l'incarcération, l'ébranlement qu'en a reçu le détenu, et surtout sa susceptibilité individuelle.

Cette assertion est mise hors de doute par la proportion notable de prévenus, de condamnés à de courtes peines, qui se trouvent dans ce cas, et dont voici le dénombrement mis en regard des détenus correctionnels et criminels :

	Prévenus.	Vagabonds.	Jeunes détenus.	Correctionnels	Criminels.
	—	—	—	—	—
Durant les 15 premiers jours	45	31	»	7	1
— le premier mois. . .	105	45	2	18	1
— le premier trimestre	203	58	3	75	1
— le premier semestre	214	58	4	115	2
— la première année .	220	58	4	153	3
Au-delà de la 2[e] année on ne constate plus que.	»	»	1	37	41

Qui oserait nier après cela, que ce qui opprime le plus le délinquant dans sa prison, ce sont les soucis, les appréhensions, les prédispositions apportées de la vie libre? Cet écho s'affaiblit, il est vrai, à mesure que la détention se prolonge; mais postérieurement on peut encore en apprécier l'influence lointaine exercée sur les détenus qui résistent aux chocs des premiers temps [1].

Ce serait cependant verser dans une regrettable erreur que de mettre hors de cause la détention ; l'homme exprime par sa modalité le rapport entre sa nature intime et le milieu où il a vécu le

[1] Dans le travail dont je donne ici un aperçu, j'ai établi la durée de la détention à l'époque où la folie a été constatée, et l'ensemble m'a conduit à penser que le quantum de la peine, en tant que facteur causal, agissait par son effet moral surtout.

plus longtemps, surtout si cette période a coïncidé avec celle où le caractère et l'intelligence se forment, c'est-à-dire avec la jeunesse; mais il ne faut pas méconnaître l'action d'un milieu fortuit, qui peut hâter la marche des événements, s'il est incapable par sa durée relativement éphémère de les produire. On vieillit plus ou moins rapidement selon les circonstances, et sous certains rapports on peut dire que les prisonniers deviennent fous avant l'âge.

C'est entre vingt et cinquante ans que se produit la majorité des compromissions mentales; il y a pour cela une multiplicité de motifs qu'il est inutile d'invoquer à nouveau; mais quel facteur intense que la perte de la liberté! Sur 100 aliénés, 46 le deviennent entre vingt et cinquante ans parmi la population ordinaire, et l'on en compte 81 chez les prisonniers.

Cette maturité morbide s'observe à chaque période; ainsi de vingt à trente ans, à l'âge où les aspirations sont si larges, où les passions sont plus mobiles que violentes, on trouve 16 aliénés dans la vie libre sur 34 dans la vie recluse. Rien d'étonnant d'autre part à ce que la compression pénitentiaire augmente le nombre des victimes au moment où les mouvements passionnels redoublent d'intensité, subissent la concentration qui caractérise l'âge mûr; aussi le nombre de ceux qui y deviennent aliénés est-il double chez les prisonniers.

Une sorte d'accalmie s'opère entre quarante et cinquante, mais l'usure morale devance l'usure physique au-delà de cinquante ans et nous constatons encore la même proportion double chez les prisonniers aliénés.

Tout vient donc corroborer l'opinion que la réclusion est un puissant facteur de folie; mais qu'en est-il du mode cellulaire? Doit-on l'incriminer particulièrement? *A priori* on est tenté de répondre affirmativement, il semble que la cellule comporte un surcroît d'impressions pénibles; que la jeunesse y doit étouffer aussi bien intellectuellement que moralement, et c'est exact: entre vingt et trente ans, on trouve 30 aliénés parmi les détenus au régime en commun et 37 parmi les encellulés.

Par contre la concentration passionnelle de l'âge mûr s'accommode à l'isolement, aussi trouvons-nous 40 aliénés au régime commun et seulement 27 au régime cellulaire entre trente et quarante ans.

Mais comment expliquer que de quarante à cinquante la proportion est de nouveau défavorable au régime cellulaire, pour

conclure en faveur de celui-ci dès qu'on suppute les âges ultérieurs?

Nous devons reconnaître que ce point est insoluble, insoluble surtout par des chiffres seuls. Des éléments qui manquent actuellement à l'étude rétrospective que nous avons été obligé de faire, viendront peut-être dans la suite éclaircir la question, quand la situation morale et psychique des détenus fera l'objet d'un examen méthodique et scientifique.

Jusque là il serait imprudent de pousser plus loin nos déductions.

J'ai vainement essayé de dégager le rapport qui pouvait exister entre le récidivisme et la folie, et de contrôler ainsi l'opinion de quelques auteurs, de Nicholson entre autres, qui prétendent trouver un antagonisme entre la criminalité de profession et la tendance à la folie.

Au premier abord, la statistique semble donner raison à cette vue théorique puisque sur nos 514 détenus aliénés, 480 étaient dépourvus de condamnation antérieure et 30 ou 40 en avaient à leur charge. Mais est-ce bien ainsi qu'il faut envisager la question depuis que les rapports entre la criminalité, la criminalité instinctive et professionnelle surtout et la folie, ont été reconnus si étroits que les deux états se confondent aisément? Évidemment les recherches qui pourront être faites en ce sens corroboreront la conclusion à laquelle j'ai cru pouvoir m'arrêter, que *la récidive est souvent elle-même une forme morbide, ou tout au moins l'expression extérieure d'un tel état psychique défectueux.*

D'ailleurs l'examen des tableaux où sont exposés les rapports réciproques entre les différentes classes de psychoses et la nature du délit est plein d'enseignements à l'égard de cette solidarité du crime et de la folie : ainsi ce ne sont certes pas les hasards de la statistique qui montrent la propension des *dégénérés et des fous moraux* pour les atteintes à la propriété, non pas pour les vols ordinaires, simples, en quelque sorte *francs,* mais aux soustractions, détournements et escroqueries ; il y a une raison psychologique à ce fait, bien facile à déterminer.

Pourquoi au contraire les atteintes contre les personnes, surtout les meurtres et blessures, apparaissent-elles comme l'apanage des délires systématisés, des folies périodiques et des états épileptiques? Sinon parce qu'ici les obsessions et les impulsions irrésistibles jouent le principal rôle et que les processus intellectuels sont relégués au second plan.

Les incendiaires sont partout des *insuffisants* ou des hallucinés chez qui dominent les idées de vengeance ou de punition, associées aux conceptions les moins complexes, aux moyens les moins compliqués ; ce sont les insuffisants également qui, poussés par la prédominance des instincts, fournissent la majorité des violateurs et des cyniques.

IV

Il résulte des considérations précédentes que l'isolement cellulaire est vraisemblablement plus productif de folie que l'autre mode de détention, mais l'influence qu'il exerce en tant que milieu sur la forme et l'expression de la maladie est certainement plus remarquable. Ainsi, il y a chez les prisonniers prédominance des délires dépressifs, plaintifs, des conceptions délirantes basées sur les hallucinations de l'ouïe, telles que les idées de persécution. On peut même décrire une forme de folie pénitentiaire, caractérisée dans un premier stade par des illusions au début, qui se convertissent en hallucinations auditives et qui, par une filiation logique, aboutissent au délire des persécutions, à la mégalomanie, et souvent au suicide.

C'est la marche normale des délires systématisés ; mais ne pourrait-on mettre à l'actif de l'isolement cellulaire, la fréquence des hallucinations de l'ouïe, comme centre d'évolution de la psychose ?

On a prétendu que ce régime amenait la surdité, fait qu'il ne m'a pas été possible de confirmer ; mais ce qui est plus vrai, c'est que dans sa solitude, le détenu privé, la majeure partie du temps, de l'exercice des autres sens, n'a plus, pour ainsi dire, que l'ouïe qui lui permette, en dépit des consignes et des règlements, de se mêler à la vie extérieure ; aussi, aux aguets des moindres bruits, il reconnaît bientôt leur signification et prévoit le moment de leur production habituelle ; il s'étonne et s'inquiète quand une voix étrangère vient frapper son oreille et, par le plus explicable des motifs, l'associe à ses propres pensées ; elle lui apporte peut-être sa grâce, une nouvelle de sa famille, une amélioration quelconque. En un mot il y a un véritable surmènement sensoriel aux dépens de la faculté auditive, et c'est probablement ainsi que s'organisent et se systématisent les délires habituels des prisonniers. Mais, ne l'oublions pas, ces secousses, ces aspirations

continuellement renouvelées et toujours déçues, sont surtout funestes à certaines natures. La tristesse qui survient naturellement dans ces circonstances ne fait pas naître au même degré le découragement qui mène au suicide ou la dépression nerveuse qui mène à la folie. Nous avons eu l'occasion de vérifier nettement le bien fondé de ce principe qui est, pour ainsi dire, le phare qui doit guider dans les recherches statistiques.

D'ailleurs, il est une autre direction dans laquelle on pourra s'engager pour aboutir à formuler une opinion sur la nature des psychoses pénitentiaires, qui sont essentiellement hallucinatoires ; on y trouve en effet toutes les hallucinations en général, mais particulièrement les hallucinations de l'ouïe.

Depuis l'apparition de l'œuvre si savante et si intéressante de M. Gilbert Ballet sur le *langage intérieur*, l'attention a été appelée sur le plus ou moins de vivacité des représentations verbales auditives selon les circonstances et les personnes. Or, si la majorité des psychoses pénitentiaires, surtout celles qui se sont développées ou ont été reconnues dans le cours d'une détention cellulaire, revêtent la forme hallucinatoire auditive, ne serait-ce pas parce que les détenus qui en ont été atteints étaient au préalable des *auditifs* ?

Les auditifs présenteraient donc une sorte d'imminence morbide dont il devrait être tenu compte dans l'application de la détention cellulaire. Le fait clinique est d'ailleurs susceptible d'une interprétation psychologique. Livré à ses réflexions qui gravitent dans un cercle restreint où l'espoir d'une délivrance tient certes le premier rang, *le prisonnier n'entend-il pas les mots qui expriment sa propre pensée comme si une voix intérieure parlait délicatement à son oreille ?* Tout porte à le croire, et comme nous savons déjà que l'hallucination de l'ouïe n'est que le degré le plus élevé de la représentation mentale auditive, rien de plus légitime que de trouver dans ce fait une preuve nouvelle de la persistance de la personnalité à travers les vicissitudes de la vie , les conditions et les circonstances n'apportant à l'expression habituelle qu'une modalité apparente ou fugace.

Il est temps de conclure, mais les déductions à tirer des considérations émises au cours de ce travail doivent être admises sous bénéfice d'inventaire, et nous ne les donnons qu'à titre d'hypothèse scientifique dans les propositions suivantes :

1° Les prédispositions à la folie, héréditaires, congénitales ou acquises, mises en éveil par les conditions même du délit, ex-

citées par les conséquences physiques et morales dues à la perte de la liberté, trouvent dans le régime pénitentiaire un milieu propice à leur évolution; mais ce résultat n'apparaît ni plus fréquent ni plus précipité que dans la vie libre, ***aussi longtemps que les différentes catégories de détenus restent confondues dans un total unique.***

2° La susceptibilité morbide se présente au contraire en rapport direct avec la gravité de la délinquance; ainsi 100.000 détenus criminels produisent 2.000 aliénés, un même nombre de correctionnels, 66 et un même nombre de contrevenants en simple police, 27 seulement. La vie libre donne 132 aliénés sur 100.000 habitants.

3° Dans l'individualité du détenu, ses antécédents physiques intellectuels et moraux, les conditions de son existence antérieure se trouvent les éléments constitutifs de la psychose: la réclusion, le mode de réclusion et la durée de celle-ci n'interviennent d'ordinaire qu'à titre d'accident occasionnel dans son évolution.

4° Toutefois la réclusion pénitentiaire apparaît douée d'une nocuité formelle, dès qu'on considère l'époque d'apparition de la folie; celle-ci est prématurée chez les prisonniers.

5° La réclusion cellulaire est surtout préjudiciable aux détenus prédisposés aux hallucinations de l'ouïe, tels que les individus désignés en physiologie sous le nom d'auditifs.

6° L'examen des rapports entre la criminalité et la folie semble démontrer l'existence d'une caractéristique criminelle attachée à certaines formes de folies, et d'une caractéristique morbide liée à certains genres de délits.

7° La moitié des détenus reconnus aliénés après le jugement, étaient atteints déjà, d'une manière plus ou moins évidente, au moment de l'incarcération, voire même au moment du crime ou du délit, et parmi eux se trouvent des individus congénitalement défectueux dont on s'explique difficilement et la condamnation et le maintien en prison. Ces faits militent en faveur d'une extension des expertises médico-légales, d'une inspection médicale des détenus, de la création d'un asile spécial pour criminels aliénés et aliénés dangereux — et d'un lieu d'observation pour les cas douteux.

Si le temps me l'avait permis, si déjà les limites de paroles où je dois me contenir n'étaient franchies, j'aurais tenu à dérouler

sous vos yeux les observations cliniques qui forment, pour ainsi dire, les pièces justificatives des assertions que j'ai émises devant vous. Mais, d'ailleurs, le travail auquel je me suis livré est encore incomplet, il repose, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, sur l'examen des pièces authentiques et en partie sur l'expertise après coup faite sur les délinquants internés dans un asile; mais c'est plutôt une enquête rétrospective qui a été faite, et vous n'ignorez pas, Messieurs, qu'un regard en arrière ne peut donner qu'une vision vague et confuse de la réalité. J'avais espéré pouvoir continuer cette enquête et en publier annuellement le résultat ; j'aurais même voulu donner à la question un aspect nouveau en examinant un certain nombre de détenus considérés comme sains, qui eussent eu avec les détenus aliénés une similitude soit dans l'acte incriminé, soit dans la forme morbide, soit dans une modalité habituelle, et en tirer d'utiles comparaisons. Mais un caprice administratif, inexplicable et inexpliqué comme tous les caprices, est venu détruire cet intéressant programme, non pas pour toujours, espérons-le ! Dans cette entreprise, mes forces personnelles sont peut-être insuffisantes, et si quelque intérêt a paru jaillir des rapides considérations qui viennent de vous être présentées, vous ne me refuserez certainement pas votre appui. Il me serait en effet précieux que le Congrès voulût renouveler le vœu émis à Anvers, vœu que l'Académie de médecine de Belgique a sanctionné déjà sur ma proposition ; car cet acquiescement à mes recherches et la reconnaissance de leur utilité solennellement actée par une assemblée où se rencontrent les gloires de la science psychiatrique, est certainement de force à aplanir tous les obstacles et à me récompenser de mes efforts.

Voilà donc, Messieurs, la teneur d'une résolution sur laquelle j'appelle l'attention du Congrès en émettant l'espoir qu'il daignera lui donner la sanction d'un vote favorable.

« Le Congrès international de médecine mentale réuni à Paris, reconnaissant l'intérêt scientifique qui se dégage de l'observation méthodique des délinquants devenus aliénés, et ce tant au point de vue des rapports entre la criminalité et la folie qu'à celui de l'influence de la détention sur la genèse des psychoses, émet le vœu qu'une enquête soit officiellement instituée à cette fin, et que les résultats en fassent l'objet d'une publication régulière. » *(Applaudissements.)*

TABLEAUX

ANNEXÉS AU MÉMOIRE DE M. SEMAL

Pages.

Tableau I

ÉTAT NUMÉRIQUE DES CAUSES

CAUSES	CRIMINELS	CORRECTIONNELS	MENDIANTS	JEUNES DÉTENUS	ÉLÉMENTS PRIMORDIAUX de la psychose: Hérédité	Insuffisance	Neurasthenie	Néant	VIE LIBRE — FACTEURS DÉTERMINANTS DE L'ÉVOLUTION: Excès Sexuels	Excès Alcooliques	Vie déréglée	Vertiges	Hystérie	Epilepsie	Education	Privations	Maladies	Néant	VIE… Causes occasles de… Régime commun: Morales	Privon de liberté	Alimon insuffte	Onanisme
I																						
Inconnues	1	27	13	1																		
Simulations	»	8	»	»																		
Causes morbides	2	9	»	»																		
Psychoses existant déjà à l'entrée en détention plus ou moins manifestes	20	86	45	4																		
	23	130	58	5																		
II																						
Prédispositions héréditaires seulement	1	3	»	»	2		1 1															
Prédispositions développées par des facteurs inherents à la vie libre	»	3	»	»	1	2	2			1	4		2									
Prédispositions développées par des causes dues a la détention	11	15	»	»	2 5	2 6	8 6														1 2	
Prédispositions développées par des facteurs de la vie libre et par des causes spéciales à la détention	4	3	»	»	2 1	1	3 2		2 1	1 1	1 1				1						1	
Causées exclusivement par la détention	4	28	»	»																	1	1
Causées à la fois par l'action de la vie libre et par les effets de la détention	1	6	»	»						3	2	1 1					1					
Total	21	58	»	»	13	11	23	»	3	6	8	2	2	»	1	»	1	»	»	»	5	1
TOTAL GÉNÉRAL	44	188	58	5	13	11	23	»	3	6	8	2	2	»	1	»	1	»	»	»	5	1

(1) En y ajoutant 220 prévenus dont la folie a été constatée au début de la détention, on obtient un total de 375, soit

(2) Y compris les 220 prevenus.

FOLIE CHEZ LES DÉTENUS

RECLUSE									NÉANT	RÉCAPITULATION des causes dues à la détention					TOTAL	TOTAL GÉNÉRAL	PROPORTION pour 100 aliénés	PROPORTION pour 10.000 détenus
r°° ou de l'aggrav°° spéciales à la détention																		
gime cellulaire				Régime mixte														
Priv°° de liberté	Alim°° insuff°°	Onanisme	Isolement	Morales	Priv°° de liberté	Alim°° insuff°°	Onanisme	Isolement		Morales	Sédentarité	Alimentation	Onanisme	Isolement				
															1 27 13 1	42	14,2	0,46
															» 8 » »	8	2,7	0,09
															2 9 » »	11	3,7	0,12
															20 86 45 4	155 (1)	52,5	4,16 (2)
															216	216		
															1 3 » »	4	1,4	0,04
															» 3 » »	3	1	0,03
3 3	4 5	2 2	4 5	1	1 2		1	1 2		2	4 5	5 7	3 2	5 7	11 15 » »	26	8,8	0,29
	1 1	2 2	1 1									1 1	2 3	1 1	4 3 » »	7	2,4	0,08
1	2 6	2 3	1 6	2		8	3	2		6	1	2 15	2 7	1 9	4 28 » »	32	10,9	0,35
	4	1	1 3							1		4	1	3	1 6 » »	7	2,4	0,08
7	23	14	22	3	3	8	4	5	»	9	10	35	20	27	79	79		
7	23	15	22	3	3	8	4	5	»	9	10	35	20	28	295	295		

OBSERVATIONS

Ce tableau montre que plus de la moitié des détenus aliénés étaient tels au moment de leur condamnation ou de leur incarcération.

En y ajoutant les prévenus renvoyés des poursuites, on obtient un total de 70 p. 0/0 de délinquants aliénés dont la folie est absolument indépendante de la réclusion et du mode de réclusion.

Parmi les autres détenus dont la compromission mentale s'est déclarée en prison, 40 p. 0/0 doivent leur déchéance aux conditions mêmes de la détention.

L'insuffisance alimentaire tient la tête parmi les causes dues à la détention : son action debilitante sur l'organisme qui domine et régit l'évolution des psychoses doit la faire considérer comme le facteur le plus puissant des folies pénitentiaires.

(1) sur les 514 cas de folie pendant 20 années.

Tableau II

Relations entre la forme morbide et l

FORMES MORBIDES	ATTENT…								
	LES PERSONNES								
	Menaces et voies de fait	Coups et blessures	Assasinats, meurtres et homicides	Infanticides	Empoisonnement	TOTAL	Viol et tentative de viol	Attentats à la pudeur	Débauche et enlèvement de…
Dégénérescences	»	3	4	3	1	11	1	4	»
Débilités-démence	»	4	2	»	»	6	1	2	»
Insuffisance	1	1	2	2	»	6	1	3	»
Délires systématisés	»	1	3	»	»	4	2	1	»
Paralysie générale	1	»	»	»	»	1	»	2	»
Psychoses névrosiques	»	»	3	»	»	3	2	»	1
Alcoolisme	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Mélancolie, psychoses dépressives	»	»	1	»	»	1	»	1	»
Manies, délires et psychoses expansives	1	»	»	»	»	1	»	1	»
Délire halluciné	»	1	»	»	»	1	»	2	»
Folies périodiques d'accès	»	1	1	»	»	2	»	»	»
Inconnus	1	1	2	»	»	4	»	1	»
TOTAUX	4	12	18	5	1	40	7	18	[illegible]
Proportion d'aliénés sur 1.000 délinquants de même catégorie	2	0,13	9	29	48	»	1,4	2,1	»

(1) Les accusés, les prévenus, les acquittés ainsi que les renvoyés des poursuites

…TURE DU DÉLIT CHEZ LES CONDAMMÉS (1)

Littera A

…RE											
	LES PROPRIÉTÉS						CONTRAVENTIONS, VAGABONDAGE MENDICITÉ	AUTRES DÉLITS	TOTAUX	PROPORTION	
TOTAL	Incendie	Vols qualifiés	Vols, détournements soustractions frauduleuses, recel	Abus de confiance, escroquerie, banqueroute, faux	Destruction, violation de domicile, dévastation	TOTAL				Sur 100 détenus condamnés reconnus aliénés	Sur 1.000 délinquants en général
5	4	2	20	9	1	36	»	4	56	19	0,1
3	1	1	15	2	»	19	10	6	44	15	0,08
4	»	»	12	»	1	13	8	7	38	13	0,07
3	»	2	11	»	3	16	2	5	30	10	0,06
2	1	1	6	»	1	9	9	2	23	8	0,04
3	1	»	12	»	»	13	2	2	23	8	0,04
1	»	»	1	»	1	2	11	1	15	5	0,03
1	1	»	6	1	»	8	1	3	14	5	0,03
1	»	2	1	»	1	4	5	»	11	4	0,02
2	»	1	2	1	»	4	1	2	10	3	0,02
»	»	»	2	»	»	2	1	1	6	2	0,01
1	1	»	»	2	»	3	8	9	25	8	0,05
6	9	9	88	15	8	129	58	42	295	100	»
»	12	0,08	6	0,6	1	»	0,5	0,3	»	»	»

…t pas compris dans ce tableau.

Tableau II RELATIONS ENTRE LES FORMES MORBIDES ET

Formes morbides.		ATTENTATS CONTRE LES PERSONNES: Menaces	Coups et blessures	Assassinats, meurtres	Infanticides	Empoisonnements	TOTAL	Viol	Attentats à la pudeur	Débauche	TOTAL	TOTAL GÉNÉRAL	CONTRE LES PROPRIÉTÉS: Incendie	Vols	Soustractions, détournements	Escroqueries	Destruction	TOTAL	AUTRES DÉLITS: Vagabondage	Divers	TOTAL GÉNÉRAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
TOTAUX. — NOMBRE DE DÉLINQUANTS (1865-1884)		1.839	89.963	2.034	172	21	94.029	5.105	7.743	»	12.848	106.877	763	107.165	148	24.101	7.079	139.256	123.000	157.000	526.000
NOMBRE DE DÉTENUS RECONNUS ALIÉNÉS																					
Dégénérescences, folies morales.......	A	»	5	8	3	1	17	2	5	»	7	24	6	4	20	12	3	45	»	5	74
Débilités, démences..	B	»	4	5	»	»	9	1	2	»	3	12	3	7	16	3	1	30	11	7	60
Insuffisance, idiotie, imbécillité........	C	2	2	7	2	»	13	3	8	»	11	24	17	9	13	»	2	41	8	9	82
Délires systématisés.	D	1	2	11	»	»	14	2	1	»	3	17	2	4	11	»	3	20	2	8	47
Paralysie générale...	E	1	»	1	»	»	2	1	2	»	3	5	4	5	6	1	1	17	9	3	34
Psychoses névrosiques, épileptiques, hystériques.......	F	»	2	8	»	»	10	2	1	2	5	15	3	6	13	1	»	23	3	4	45
Alcoolisme...	G	»	2	6	»	»	8	1	4	»	5	13	»	4	1	»	2	7	11	2	33
Mélancolies, psychoses dépressives....	H	»	1	4	»	»	5	»	1	»	1	6	3	1	5	1	»	10	1	4	21
Manie, délires, psychoses expansives.	I	1	»	3	»	»	4	»	1	»	1	5	1	3	1	»	1	6	5	1	17
Délire halluciné.....	J	1	3	5	»	1	10	»	3	»	3	13	9	4	3	1	»	17	1	2	33
Folies périodiques d'accès (double-forme).............	K	»	1	2	»	»	3	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	2	1	1	7
Inconnues symptomatiques............	L	3	3	6	»	1	13	1	4	»	5	18	8	4	»	1	»	13	10	12	53
Simulateurs.........	M	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	3	1	1	»	5	»	2	8
		9	26	66	5	3	100	13	32	2	47	156	56	54	92	21	13	236	62	60	514

NATURE DU DÉLIT (DÉLINQUANTS EN GÉNÉRAL) **Littera B**

ATTENTATS CONTRE LES PERSONNES											CONTRE LES PROPRIÉTÉS						AUTRES DÉLITS		TOTAL GÉNÉRAL
Menaces	Coups et blessures	Assassinats, meurtres	Infanticides	Empoisonnements	TOTAL	Viol	Attentats à la pudeur	Débauche	TOTAL	TOTAL GÉNÉRAL	Incendie	Vols	Soustractions, détournements	Escroqueries	Destruction	TOTAL	Vagabondage	Divers	TOTAL GÉNÉRAL
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
CHIFFRES PROPORTIONNELS (POUR 1.000)																			
3,5	171 »	4 »	0,33	0,04	178,87	9,7	14,71	»	24,41	203,28	1,45	204 »	0,28	46 »	13,5	265,23	234 »	298 »	1.000 »
MOYENNE SUR 100 DÉTENUS ALIÉNÉS																			
»	7 »	11	4	1 »	23 »	3 »	7 »	»	10 »	33 »	8	5 »	27	16 »	4 »	60	»	7	100
»	7 »	8	»	»	15 »	2 »	3 »	»	5 »	20 »	5	12 »	27	5 »	2 »	51	18 »	12	100
2	2 »	9	2	»	15 »	4 »	10 »	»	14 »	29 »	21	11 »	15	»	2 »	49	10 »	11	100
2	4 »	24	»	»	30 »	4 »	2 »	»	6 »	36 »	4	8 »	24	»	7 »	43	4 »	17	100
3	»	3	»	»	6 »	3 »	6 »	»	9 »	15 »	12	15 »	18	3 »	3 »	51	26 »	9	100
»	4 »	18	»	»	22 »	4 »	2 »	4 »	10 »	32 »	7	14 »	29	2 »	»	52	7 »	9	100
»	6 »	18	»	»	24 »	3 »	12 »	»	15 »	39 »	»	12 »	3	»	6 »	21	33 »	6	100
»	4,5	18	»	»	22,5	»	4,5	»	4,5	27 »	14	4,5	27	4,5	»	50	4,5	18	100
6	»	18	»	»	24 »	»	6 »	»	6 »	30 »	6	18 »	6	»	6 »	36	29 »	6	100
3	9 »	15	»	3 »	30 »	»	9 »	»	9 »	39 »	27	12 »	9	3 »	»	51	3 »	6	100
14	29 »	»	»	»	43 »	»	»	»	»	43 »	»	»	29	»	»	29	14 »	14	100
6	6 »	11	»	2 »	25 »	2 »	7 »	»	9 »	34 »	15	7 »	»	2 »	»	24	19 »	23	100
»	12 »	»	»	»	12 »	»	»	»	»	12 »	»	38 »	12	12 »	»	62	»	25	100
2	5 »	13	1	0,5	21,5	2,5	6,2	0,4	9,1	30,6	11	10,5	18	4 »	2,5	46	12 »	12	100

OBSERVATIONS

Ce tableau indique [ligne A] la répartition proportionnelle des différents délits. Cette échelle montre que la *tendance criminelle* se manifeste principalement par l'appropriation du bien d'autrui, puisque le cinquième environ des délinquants sont des voleurs. En dehors de cette donnée uniforme, ce sont les violents [coups et blessures] qui prédominent.

Les troubles psychiques préalables ou consécutifs au délit, ne détruisent pas cette donnée générale, puisque chez les délinquants reconnus aliénés, on note une majorité de voleurs et d'escrocs; mais la prépondérance revient ensuite aux meurtriers et assassins. L'influence de l'aliénation mentale latente ou manifeste accentue et développe donc la criminalité normale dans le sens des atteintes à la vie.

En dehors de cette remarque générale dont on s'explique la valeur en constatant que les meurtres sont causés par les délires systématisés et les folies d'accès, on peut encore noter les particularités suivantes qui caractérisent les rapports du genre de délit avec la forme de folie.

1° Toutes les espèces d'infraction sont engendrées par l'alcoolisme qui semble mettre en relief les côtés défectueux des individualités; aussi, sauf une propension manifeste à s'associer au vagabondage, on le voit surexciter indifféremment le meurtre, le vol et les attentats à la pudeur.

2° Les incendiaires sont surtout des insuffisants. Il en est de même des hallucinés, et les affinités délictueuses entre ces deux ordres de psychoses si dissemblables psychologiquement, s'affirment par une propension à porter atteinte aux mœurs.

Ce tableau montre donc la caractéristique morbide des différents genres de délinquants.

Tableau II

Relations entre la nature du délit et la

Formes de délinquances		Nombre de détenus atteints de: Dégénérescences, folies morales	Débilités, démences	Insuffisance, idiotie, imbécillité	Délires systématisés	Paralysie générale	Psychoses épileptiques, hystériques	Alcoolisme	Mélancolie, psychoses dépressives	Manies, délires, etc.	Délire halluciné	Folies périodiques d'accès	Inconnues symptomatiques	Simulateurs	Total	Proportion d'aliénés sur 1.000 délinquants de même caté-
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Menaces	A	»	»	2	1	1	»	»	»	1	1	»	3	»	9	5 »
Coups, blessures	B	5	4	2	2	»	2	2	1	»	3	1	3	1	26	0,3
Assassinats, meurtres	C	8	5	7	11	1	8	6	4	3	5	2	6	»	66	33 »
Infanticides	D	3	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	29 »
Empoisonnements	E	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	3	143 »
		17	9	13	14	2	10	8	5	4	10	3	13	1	109	1,2
Viols	F	2	1	3	2	1	2	1	»	»	»	»	1	»	13	2,6
Attentats à la pudeur	G	5	2	8	1	2	1	4	1	1	3	»	4	»	32	4 »
Débauche	H	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»
		7	3	11	3	3	5	5	1	1	3	»	5	»	47	3,6
Incendies	I	6	3	17	2	4	3	»	3	1	9	»	8	»	56	70 »
Vols	J	4	7	9	4	5	6	4	1	3	4	»	4	3	54	0,5
Soustractions, détournements	K	20	16	13	11	6	13	1	5	1	3	2	»	1	92	6 »
Escroqueries, faux	L	12	3	»	»	1	1	»	1	»	1	»	1	1	21	0,9
Destruction	M	3	1	2	3	1	»	2	»	1	»	»	»	»	13	1,8
		45	30	41	20	17	23	7	10	5	17	2	13	5	236	1,7
Vagabondage	N	»	11	8	2	9	3	11	1	5	1	1	10	»	62	0,5
Autres délits	O	5	7	9	8	3	4	2	4	1	2	1	12	2	60	0,4
		74	60	82	47	34	45	33	21	17	33	7	53	8	514	1 »

…RME MORBIDE (DÉLINQUANTS EN GÉNÉRAL)

Littera C

CHIFFRE PROPORTIONNEL SUR 100 DÉLINQUANTS DE MÊME CATÉGORIE														
…folies morales	Débilités, démences	Insuffisance, idiotie, imbécillité	Délires systématisés	Paralysie générale	Psychoses épileptiques, hystériques	Alcoolisme	Mélancolie, psychoses dépressives	Manies, délires, psychoses expansives	Délire halluciné	Folies périodiques d'accès	Inconnues symptomatiques	Simulateurs	TOTAL	OBSERVATIONS
…6	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
»	»	22	11	11	»	»	»	11	11	»	33	»	100	Ce tableau est pour ainsi dire le corollaire du précédent ; il indique d'abord, d'une manière générale, la *tendance psychopathique* des délinquants et l'ordre de fréquence des principaux troubles morbides qui les atteignent. Ainsi les insuffisants et les débiles sont en tête, puis les dégénérés et fous moraux, les délirants systématisateurs ensuite, etc....
…9	15	8	8	»	8	8	4	»	11	4	11	4	100	Il précise ensuite plus nettement le penchant des insuffisants pour les délits contre les mœurs, qui l'emporte même sur l'instinct si primitif du vol, mais par contre présente les fous moraux plus portés à léser la propriété que la personne.
…2	8	10	17	1	12	9	6	5	8	3	9	»	100	L'examen des formes de folie chez les différentes catégories de délinquants vient enfin corroborer et préciser les données précédemment émises ; ainsi ce sont bien les systématisateurs (délirants par persécution, etc.) qui commettent les meurtres et les assassinats, laissant aux fous moraux les détournements et soustractions frauduleuses et les incendies aux imbéciles.
…0	»	40	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	100	**Ce tableau montre donc la caractéristique criminelle des différentes formes de psychoses.**
…3	»	»	»	»	»	»	»	»	33	»	33	»	100	
…6	8	12	13	2	9	7	5	4	9	2	12	1	100	
15	8	23	15	8	15	8	»	»	»	»	8	»	100	
16	6	25	3	6	3	13	3	3	9	»	13	»	100	
»	»	»	»	»	100	»	»	»	»	»	»	»	100	
15	6	23	6	6	11	11	2	2	6	»	11	»	100	
11	5	23	4	7	5	»	5	2	16	»	14	»	100	
…7	13	17	7	9	11	7	2	6	7	»	7	6	100	
…2	17	14	12	7	14	1	6	1	3	2	»	1	100	
…7	14	»	»	5	5	»	5	»	5	»	5	5	100	
…3	8	15	23	8	»	15	»	8	»	»	»	»	100	
…9	13	17	8	7	10	3	4	2	7	1	6	2	100	
»	18	13	3	14	5	18	2	8	2	2	16	»	100	
…6	12	15	13	5	7	3	7	2	3	2	20	3	100	
[illegible]	12	16	9	7	9	7	4	3	7	1	10	1	100	

M. le Président. — J'adresse mes bien sincères félicitations à M. Semal pour sa remarquable communication, et je soumets à l'assemblée le vote de la proposition que nous soumet notre confrère.

(Le vœu proposé par M. Semal est mis aux voix et adopté à l'unanimité.)

M. le Président. — La parole est à M. Jules Voisin pour la lecture d'une communication.

FUGUES INCONSCIENTES CHEZ LES HYSTÉRIQUES
AUTOMATISME AMBULATOIRE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE CES FUGUES ET LES FUGUES ÉPILEPTIQUES

M. le Dr Jules Voisin, *médecin de la Salpêtrière.* — Les cas de fugues inconscientes, d'automatisme ambulatoire sont assez fréquents dans la science. On les trouve relatés dans les auteurs surtout sous le nom d'épilepsie larvée ou de somnambulisme.

La perte du souvenir d'une fugue et des actes commis pendant cette fugue, était considérée autrefois comme un signe pathognomonique de l'épilepsie, d'où le nom d'épilepsie larvée réservé à ces cas exempts de convulsions. Mais maintenant que nous connaissons mieux l'hystérie et surtout l'hystérie mâle, depuis les beaux travaux de M. Charcot et de ses élèves, nous devons reconnaître que beaucoup de ces cas doivent être considérés comme ceux que je rapporte ici, comme étant des cas de dédoublement de la personnalité chez les hystériques. Je tâcherai à la fin de ce mémoire de grouper certains signes qui permettront de porter un diagnostic.

Observation I

Sommaire. — Hystérie. Hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Crises de sommeil. Automatisme ambulatoire. Dédoublement de la personnalité. Guérison par l'hypnotisme [1].

La nommée M... âgée de trente-six ans, journalière, vient à la consultation externe de la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent nerveux du côté des grands parents.

[1] Voir *Annales médico-psychologiques*, numéro de novembre 1889.

Mère sujette aux migraines et aux crises gastralgiques.
Le père était bien portant.
Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans le bas âge.
Première dent à huit mois.
A marché à un an.
A dix ans, fièvre typhoïde. Depuis cette époque, maux de tête fréquents s'accompagnant d'envie de dormir, principalement après une tension d'esprit un peu prolongée.
Rougeole à douze ans.
Réglée à dix-sept ans.
Un mois après ses premières règles, étant de nouveau réglée, elle apprend la mort de son père, ce qui lui cause un grand chagrin ; suspension des règles durant huit mois. — Elle éprouve alors, pour la première fois, des symptômes nerveux : crises d'étouffement ; sensation de boule qui lui monte à la gorge et l'étrangle ; toux nerveuse, spasmodique. De plus l'état général est précaire : grande tristesse, anorexie ; insomnie presque absolue.
Depuis les règles sont revenues, mais ont toujours été irrégulières. Elle demeure souvent deux ou trois mois sans être réglée. En même temps, les crises d'étouffement ont disparu, mais la malade est sujette, de temps à autre, à des douleurs abdominales siégeant dans la région utérine.

Mariée à vingt ans. Elle était, à cette époque, bien portante. Aucun accident nerveux. Elle éprouvait seulement de temps en temps des névralgies, plus accusées pendant ses grossesses qui s'effectuent sans incidents notables, et surtout pendant ses allaitements.
La malade a eu huit enfants, dont cinq actuellement sont vivants, bien portants.
Aucun d'entre eux n'a eu de convulsions.

Il y a six ans, à l'occasion d'une émotion vive (la perte d'un enfant), la malade a eu une première attaque de sommeil caractérisé de la façon suivante :

Engourdissement ; lassitude. — Sensation de boule lui étreignant la gorge. Elle poussait un ou deux soupirs, puis elle perdait connaissance, ou plutôt s'affaisait inerte, sur un siège. Elle y demeurait plus ou moins longtemps, les yeux fermés, dans un état léthargique pendant lequel elle entendait parfaitement ce qui se passait autour d'elle, mais sans avoir la force de faire un mouvement ou de prononcer une parole.

Lors de la première attaque, le sommeil a duré 14 heures ; dans celles qui ont succédé, quatre à cinq heures seulement : — elle se réveillait spontanément.
A cette époque elle a eu assez régulièrement, pendant deux mois, un accès tous les huit jours en moyenne. Ces accès étaient toujours caractérisés de la même façon ; elle sentait le sommeil venir ; sensation de boule, etc., mais elle n'a jamais à cette époque présenté d'automatisme ambulatoire.
La malade consulta un médecin qui lui prescrivit des douches ; depuis ce temps, plus d'attaques de sommeil jusqu'à l'année dernière au moment de la mort de son mari. Une seule crise à cette époque.

Au mois d'avril de cette année, la malade éprouve de nouveau une crise de sommeil, et dans les circonstances suivantes :

Elle n'avait pas eu ses règles depuis cinq mois ; elle était surmenée par un travail excessif. Le soir elle était brisée de fatigue. En même temps, elle se préoccupait de l'avenir.

Elle entre alors pendant quelques jours dans le service de M. Luys, à la Charité, où elle est traitée par le bromure de potassium à doses modérées.

Pendant son séjour dans cet hôpital, elle a encore trois accès de sommeil auxquelles on met fin en lui faisant respirer quelques gouttes de nitrite d'amyle, contenues dans des ampoules de verre fermées à la lampe. A la suite de ces inhalations, la malade se réveille en s'étirant les membres ; mais, pendant les trois ou quatre heures qui suivent, la tête est lourde. Tout travail est impossible.

Notons que pendant les quelques jours passés par la malade, à l'hôpital, il n'a été fait, ni devant elle, ni sur elle, aucune expérience d'hypnotisme ou de suggestion.

Le mardi 7 mai, la malade était sortie de chez elle, à 7 heures du matin pour faire une course dans le voisinage, quand elle s'est trouvée, subitement, à 11 heures du matin, au cimetière d'Ivry, couchée, la face contre terre, sur la tombe de son mari.

Elle était en ce moment en plein état léthargique, ayant conscience de ce qui se passait autour d'elle, mais sans pouvoir faire un mouvement ni prononcer une parole. Des ouvriers du cimetière, qui s'en retournaient déjeuner, l'ayant aperçue, la relevèrent, et avec l'aide du gardien, la conduisirent sur un brancard à l'hospice de Bicêtre où elle se réveilla au bout d'une demi-heure environ. De là on la ramena chez elle.

La malade n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis son départ de la maison le matin à sept heures.

Elle n'était pas allée chez le boulanger, elle avait dû, pensait-elle, se rendre à pied au cimetière, ainsi qu'elle le faisait souvent à l'état de veille : son porte-monnaie était intact.

C'était la première fois que cette femme présentait du somnambulisme. Elle n'avait jusque-là jamais rien éprouvé d'analogue. La nuit précédente avait été presque sans sommeil. Elle avait beaucoup pensé à son mari, et beaucoup pleuré. Elle se souvient d'avoir, à plusieurs reprises, dans la nuit, songé au cimetière.

C'est dans le courant du mois de mai que la malade vient nous consulter et nous raconte les faits qui précèdent.

État actuel. — Cette femme est intelligente, elle répond avec netteté aux questions qu'on lui pose et semble d'une entière bonne foi.

A l'examen, le front est moyen, plus découvert à gauche ; légère asymétrie faciale ; côté droit moins saillant ;

Oreilles moyennes, non lobulées ;

Voûte palatine ogivale ;

Mauvaise dentition ;

Point hystérogène marqué, *au niveau du bregma* (clou hystérique) ;

Point mammaire droit ;

Point ovarique droit;
Points au niveau des *3*°, 7° et *10° vertèbres dorsales ;*
Sensibilité très notablement diminuée à droite ;
L'ouïe intacte des deux côtés, peut-être exagérée;
Vue et goût affaiblis également à droite;
Le *champ visuel à droite* est manifestement rétréci;
Le sens articulaire et musculaire existe, mais diminué.

Diminution de la force musculaire à droite :

Au dynamomètre....... { 20 kilogrammes à gauche,
{ 5 — à droite.

La jambe droite tremble pendant la marche.

Cyanose et anesthésie des extrémités des doigts. Elle laisse fréquemment tomber les objets qu'elle prend, ce qui l'a forcée à interrompre son travail.— (Elle fait des ménages.)

Pas d'appétit ; — langue saburrale ; — digestion pénible ; — selles régulières et quotidiennes. — Elle a de fréquentes et impérieuses envies d'uriner. L'urine est claire et limpide, surtout après les crises de sommeil.

La malade est impressionnable. Elle rit et pleure souvent sans motif. — Mais le fond du caractère est triste. Elle songe constamment à son mari, à ses enfants morts.

La nuit, elle a des rêves fréquents; les uns silencieux, *les seuls dont elle garde ordinairement le souvenir après son réveil ;* les autres, accompagnés de gestes, de cris, de lambeaux de phrases que lui répètent parfois le lendemain les personnes de sa famille.

Presque toujours dans ses cauchemars, elle revoit son mari mourant, le cimetière, etc.

Avant de s'endormir, elle voit (et cela depuis assez longtemps, dit-elle) passer devant ses yeux une foule d'objets, qui volent en face d'elle, et de bas en haut.

Elle éprouve du vertige quand elle regarde dans le vide, du haut d'un escalier par exemple. — Elle a un mouvement d'attraction vers le vide.

Assez souvent dans la rue, elle est prise d'étourdissements et de vertiges, elle est alors forcée de s'arrêter, s'appuyant, si elle peut, sur un arbre ou sur un mur.

Nous prescrivons : des douches quotidiennes, régime tonique.

Nous pensons, en raison des phénomènes d'hystérie que présente cette malade, qu'elle doit être facilement hypnotisable et que, dans le sommeil provoqué, elle doit nous rendre compte de ses actes naturels pendant la phase de somnambulisme.

Nous endormons en effet la malade par la simple occlusion des paupières, avec imposition des pouces durant deux minutes environ. Elle tombe presque immédiatement en léthargie. Pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Elle passe de l'état de léthargie dans celui de somnambulisme, avec une profonde inspiration. Elle reste insensible aux soufflets sur les bras.

Nous lui enjoignons de dormir vingt minutes et nous ne faisons pas d'autres suggestions. Elle se réveille spontanément au bout d'un quart d'heure, gaie, reposée, alerte. Elle accuse un grand bien-être, n'a plus du tout mal à la tête.

Quelques jours après, le vendredi 17 mai, la malade était sortie de chez elle à huit heures du matin pour aller faire une commission à deux pas de sa maison.

Elle s'est retrouvée, le soir à 4 heures, sur un banc du square Saint-Germain-des-Prés, sans la moindre conscience de ce qui s'était passé depuis le matin. Comme toujours, elle était à ce moment en léthargie lucide et entendait ce qui se passait autour d'elle, mais sans pouvoir sortir de sa torpeur.

Reconduite chez elle par les soins du commissaire de police, elle s'est couchée et endormie; et pendant son sommeil, elle a raconté à sa sœur qu'elle avait été au cimetière de Saint-Ouen, où un de ses enfants est inhumé; qu'elle avait demandé au gardien par quelle voie de transport elle pourrait rentrer chez elle, et que celui-ci lui avait indiqué le tramway de la Chapelle avec correspondance à l'omnibus de la gare du Nord, lui recommandant de descendre à Saint-Germain-des-Prés.

A son réveil elle n'en a plus souvenir. Elle dit seulement que ce jour-là elle s'était levée le matin avec un léger mal de tête.

La malade est de nouveau endormie par l'occlusion des paupières. Après l'avoir fait passer de l'état léthargique dans celui de somnambulisme, nous l'interrogeons sur l'emploi de son temps dans les journées du 7 et du 17 mai.

Elle nous répond avec la plus grande précision.

Elle raconte qu'une fois descendue de chez elle, elle a eu un étourdissement; en même temps elle a pensé à son mari, au cimetière. Elle n'a dès lors plus eu d'autre idée et s'est dirigée à pied, vers le cimetière. Elle voyait venir les passants, les voitures, les évitait machinalement, mais ne se laissait pas distraire de son *idée*.

Elle raconte, d'une façon précise, l'itinéraire exact qu'elle a suivi, lors de chacune de ses attaques d'automatisme ambulatoire.

Arrivée au cimetière, lors de sa première crise, au square, lors de la seconde, elle était prise, dit-elle, d'une grande lassitude et se disait: «Je ne pourrai aller plus loin». C'est alors qu'elle s'asseyait sur un banc ou bien se couchait à terre. Elle éprouvait une sensation de boule qui l'étreignait à la gorge, poussait un grand soupir et passait dans l'état de léthargie, entendait tout ce qui se passait autour d'elle, mais ne pouvait parler ni agir.

Il est à noter que ces crises concordent généralement, chez elle, avec des périodes de tristesse et de préoccupation.

Dans cette séance, on suggère à la malade, pendant son sommeil, de n'avoir plus mal à la tête, d'avoir de l'appétit, de se bien porter et de travailler.

Elle revient deux jours après, s'est très bien portée, ne souffre plus de la tête, n'a pas eu de crise. L'état général est beaucoup meilleur.

On l'endort de nouveau, cette fois par la fixation du regard; on lui sug-

gère, lorsqu'elle aura un vertige avec l'idée d'aller au cimetière, de chasser cette idée et de rentrer chez elle, où elle devra dormir une demi-heure sur son lit.

Du 21 au 28 mai, elle s'est endormie trois fois chez elle, chaque fois pendant une demi-heure environ. Comme toujours ses crises sont précédées de céphalalgie et pendant son sommeil elle entend tout et ne peut bouger.

La malade revient nous voir.

Elle se sent très bien. Le premier juin dans l'après-midi, ayant eu un vertige dans la rue, *elle est rentrée chez elle, s'est couchée sur son lit et a dormi une demi-heure*, elle s'est ensuite réveillée spontanément.

Elle prend toujours régulièrement ses douches et suit bien son traitement. La sensibilité du côté droit a reparu en partie. Les points hystérogènes sont beaucoup moins accusés.

La malade reste ensuite treize jours sans avoir de crise.

Le 13 juin, elle s'endort pendant une demi-heure chez elle. D'ailleurs elle va beaucoup mieux, elle a de l'appétit, travaille bien, n'a plus de tristesse. Elle espère qu'elle guérira et a confiance dans l'avenir.

Mêmes suggestions que d'habitude : «Elle se portera bien, n'aura pas de vertige, pas de maux de tête; etc. »

Le mardi 25 juin, la malade s'est trouvée, à 6 heures du soir, chez son beau-frère à Romainville, sans savoir comment et pourquoi elle s'y était rendue.

Le vendredi 28, elle a eu également un accès de sommeil, elle a ouvert la fenêtre de sa chambre, ayant les yeux fermés, et s'apprêtait à enjamber la balustrade, quand sa mère l'en a empêchée.

Nous l'endormons, et nous l'interrogeons sur ce qui s'est passé mardi. Elle répond qu'elle était seule dans sa chambre, lorsqu'elle a eu un vertige; elle a pensé à son beau-frère dont on avait parlé dans la matinée; puis elle est descendue, a pris la rue Turbigo, le faubourg du Temple, la rue de Belleville, les Lilas et enfin est arrivée à Romainville. Elle était fatiguée, mais ne voyait personne, se garant seulement, d'instinct, des voitures et des gens.

Arrivée devant la maison de son beau-frère, elle s'est endormie sur sa porte, où son parent l'a trouvée en rentrant une heure après; elle était en ce moment en léthargie lucide. Il l'a transportée chez lui sur un canapé où elle s'est réveillée spontanément, au bout de dix minutes.

Interrogée sur son état d'esprit au moment de cet acte, la malade nous dit qu'elle avait eu la veille des contrariétés. Sa mère avait corrigé un de ses enfants d'une façon excessive, ce qui l'avait peinée. Elle voulait s'en plaindre à son beau-frère, qui est très bon pour ses enfants, dit-elle.

Nous lui demandons également pourquoi, la veille, elle a ouvert la fenêtre? «Je croyais, nous répond-elle, que c'était la porte.»

Nous lui suggérons alors à nouveau l'idée de rentrer chez elle et de se coucher, chaque fois qu'elle aura un étourdissement. Elle n'aura plus mal à la tête, se portera très bien, n'aura plus de contrariétés.

Depuis le 1er juillet, la malade est restée quatorze jours sans avoir de crise de sommeil. Le 16 juillet elle vient nous voir et nous dit que la veille seulement, elle s'est endormie deux heures sur son lit.

Elle est en ce moment à l'époque de ses règles, qui ont débuté il y a trois jours, et qui sont très abondantes ; elle a l'air fatigué.

Elle remarque que ses périodes menstruelles correspondent à une exagération de l'hémianesthésie droite.

Suggestion : Plus de maux de tête, plus de vertiges, etc.; être bien portante. Enfin, perdre moins de sang dans cette période menstruelle.

La malade se trouve bien. Elle n'a plus mal à la tête ; n'a pas eu de crise de sommeil; elle a de l'appétit. Enfin, ses règles, devenues beaucoup moins abondantes, se sont arrêtées le lendemain de notre dernière suggestion. Elles ont duré ce mois-ci trois jours de moins que d'ordinaire (3 jours au lieu de 6).

27 juillet. — Continue à bien se porter. Pas de maux de tête, pas de crises de sommeil. Bon appétit. Même suggestion.

Observation II

Sommaire. — Hystérie, hémi-anesthésie gauche sensitivo-sensorielle, fugues inconscientes, accusation d'escroquerie, irresponsabilité, hypnotisme comme moyen de diagnostic et de traitement, dédoublement de la personnalité.

Le nommé D..., trente-deux ans, se présente à ma consultation au Dépôt de la Préfecture, le 24 juillet dernier. C'est un homme pâle, maigre, de taille moyenne et paraissant intelligent. Il accuse des maux de tête et une impossibilité absolue de manger.

Sa mère est vivante, hystérique ; son père est mort et il ne sait de quelle maladie.

Étant enfant, n'a pas eu de maladies sérieuses, mais depuis deux ans, à la suite de la perte de sa fortune, 50.000 fr., dans une affaire de mines, il a présenté des phénomènes hystériques graves, de l'hémiplégie gauche, dit-il ; il aurait été soigné à la Charité par M. Luys, qui l'aurait guéri par suggestion. Depuis cette époque il est toujours nerveux, il éprouve des maux de tête avec des envies de dormir, et il a encore de la faiblesse du côté gauche. Je trouve de l'hémi-anesthésie de ce côté, le champ visuel rétréci, la diminution de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Quand on fait serrer les mains, on trouve de la faiblesse à gauche. Il raconte qu'il est au Dépôt depuis deux jours, et qu'il a vu M. Garnier qui va le faire mettre en liberté ; mais qu'auparavant il était à Mazas, dénoncé par un individu, auquel, paraît-il, il devrait 32 fr. Il ne se rappelle pas avoir emprunté ces 32 fr. et il s'étonne d'autre part que cet individu ne lui ait pas réclamé cette somme au lieu de le faire poursuivre. Il nous raconte aussi que l'autre jour il s'est trouvé à T..., sans qu'il puisse expliquer ce voyage. Il s'est réveillé à l'hôtel du Lion d'or, ayant son billet de retour et ne sachant nullement comment il y était venu.

En cherchant les points hystérogènes de ce malade, je provoque, en pressant dans la fosse iliaque gauche, de la catalepsie. Le malade projette ses bras en avant, ouvre démesurément les yeux et suspend sa respiration.

Celle-ci se rétablit insensiblement et le malade reste dans cette position les bras étendus. Je les lève davantage, ils restent dans la même situation. Je lui ferme les yeux, lui frictionne le front et lui adresse la parole. Une grande inspiration s'effectue, aussitôt que les paupières sont abaissées. Je lui demande pourquoi il a été arrêté. Voici ce qu'il me raconte après s'être recueilli.

« Je ne vois pas », dit-il d'abord, puis : « Je vois, je vois, j'y suis : — Je suis parti le 16 mai pour T... J'ai déjeuné, rue Jacob 42. Je n'avais pas faim. » Interrogé sur ce qu'il avait senti avant son déjeuner, il dit : « Je me suis trouvé mal ; j'ai eu comme un étourdissement. J'avais mal à la tête en sortant de chez moi, et c'est la raison pour laquelle je suis entré au restaurant. En sortant du restaurant, j'ai arrêté un cocher et j'ai dit : Conduisez-moi à la gare de l'Est. Là j'ai pris un billet d'aller et retour pour 17 fr. 85, et je vois encore la demoiselle qui me l'a distribué. A T..., je suis descendu au Lion d'or. Après dîner, j'ai pris du café comme d'habitude et puis qu'est-ce donc que j'ai bu ? Ah ! je vois, j'ai pris du rhum, deux bocks, et je suis rentré me coucher. »

Interrogé pourquoi il a été arrêté, il dit : « Je suis à Mazas parce que je n'ai pas rendu 32 fr. à M. C... » (A l'état de veille il ne connaît pas ce détail.) « Que vous a fait M. Garnier ? — Il m'a endormi en me comprimant le ventre ; il m'a dit : tu vas coucher avec une belle femme. Ah ! quelle belle femme ! (*sic*). Il me fait boire de l'absinthe : qu'elle était bonne ! » Puis il dit : « Ah ! que j'ai mal à la tête. » Il passe sa main sur son front, s'agite comme s'il allait avoir une attaque. Je lui fais alors la suggestion d'avoir de l'appétit, de bien manger et de venir à la Salpêtrière se faire soigner, puis je souffle sur ses paupières et le malade se réveille en portant la main à ses yeux, et en se trouvant dans mon cabinet, il paraît tout étonné. Une fois réveillé, je lui demande qui l'a soigné. Il me répond : « M. Luys. » Je lui demande s'il n'a pas l'intention de faire autre chose. Il répond qu'il ira à la Salpêtrière voir M. Jules Voisin. « Qui vous a parlé de ce monsieur ? — Je ne sais pas, on m'a dit que je devais aller là pour me faire guérir. J'irai un samedi. » Je lui demande mon nom. Il ne me connaît pas. Il sait seulement que je suis le médecin du Dépôt.

30 juillet. — Mange mieux, a pris tout ce qu'on lui a donné. En ce moment anesthésie sur les deux membres, ne peut tenir en place, quitte l'infirmerie pour aller chez le directeur et, quand il revient, ne se rappelle plus son déplacement, me dit l'infirmier.

1er août. — Est transféré de nouveau à Mazas pour une autre affaire, mais est acquitté de celle-ci.

Observation III

Sommaire. — Hystérie, rires, pleurs, suffocations, points hystérogènes et plaques anesthésiques, fugue inconsciente pour la première fois en juin 1889, dédoublement de la personnalité.

2 juin 1889. — Mme X..., âgée de trente-six ans, vient à ma consultation. Elle est très impressionnée de ce qui lui est arrivé il y a trois jours. Elle reçoit, au moment où elle préparait son déjeuner pour aller ensuite dans une

maison sise à 3 kilomètres de chez elle, la visite d'une personne qui lui apporte une nouvelle très grave. Son mari, d'après le dire de cette personne et d'après les preuves qu'apportait cette personne, la trompait.

Après le départ de cette personne, Madame X..., qui s'était maintenue devant cette étrangère, sent une vive impression ; elle éprouve de la suffocation, de la strangulation et un vertige, puis perd conscience de ce qu'elle a fait dans les 4 heures qui ont suivi ce moment.

Pendant ces 4 heures elle aurait déjeuné, serait sortie, et aurait été dans la maison où elle devait aller. Quand le soir elle se présenta dans cette maison, on lui dit qu'elle était déjà venue dans la journée. Mais elle n'a aucun souvenir de cette fugue.

Nous examinons Madame X... et nous trouvons qu'elle présente des plaques anesthésiques, le champ visuel à gauche diminué, des points hystérogènes au niveau de l'ovaire gauche et du sein gauche. La compression de ces points amène de la suffocation. Le goût est diminué à gauche. Insensibilité du pharynx. Dans ses antécédents personnels nous trouvons des ébauches d'attaque d'hystérie, caractérisées par des suffocations, des pleurs et des rires, quelques mouvements convulsifs, mais jamais de chute. C'est la première fois qu'elle présente une fugue inconsciente. Jamais de morsure de langue, jamais d'incontinence d'urine. Nous prescrivons des douches, du fer et de l'exercice.

Observation IV

Sommaire. — Hystérie chez un jeune garçon de quatorze ans, fugues inconscientes se répétant plusieurs fois par jour, dédoublement de la personnalité, guérison par l'hydrothérapie et les toniques.

Le nommé L..., âgé de quatorze ans, vient chez moi le 18 avril 1888 avec ses parents. La mère est forte, grande, nerveuse, mal équilibrée ; le père est emporté, violent. Rien à signaler du côté des grands parents.

Cet enfant qui est grand, blond, pâle, anémique et anesthésique gauche, présenterait depuis le mois de septembre 1887 des accidents nerveux particuliers. A la suite d'une bronchite consécutive à une rougeole, cet enfant fut pris au lycée, à 5 heures du matin, d'un accès de suffocation et d'une toux spasmodique. Cet état se renouvela plusieurs fois et l'enfant vint chez ses parents. Ceux-ci constatèrent qu'il présentait généralement, à trois reprises différentes dans la journée, des crises de suffocation avec contorsions des membres supérieurs. L'enfant sentait au cou une boule qui l'étranglait ; il se précipitait alors vers ses parents, tombait souvent sans connaissance, puis se contournait les membres supérieurs. Cela durait cinq à dix minutes, puis le malade devenait taquin, insupportable, ou bien il croyait faire de la gymnastique et alors il prenait le bras de sa mère, se pendait après et disait qu'il se balançait avec la corde du gymnase. Autrefois il prenait un manche à balai et se battait avec des êtres imaginaires, des Tonkinois. (Il avait lu les jours précédents la guerre du Tonkin.) Cet état durait 1 heure et demie à peu près. Il lui est arrivé plusieurs fois pendant cet état de se mettre à table, de déjeuner et de ne pas savoir dans la journée s'il a déjeuné. Maintenant ses crises ne commencent plus tout à fait de la même manière. Le malade sent une boule qui l'étrangle, ses yeux se fixent, il fait une

grande inspiration, le voilà dans un état second. Dans cet état il va, vient, parle d'une manière arrogante, mais des étrangers ne peuvent s'apercevoir de son changement d'état. Quand sa crise est pour le quitter, il se met à fermer les yeux, à faire un grand soupir. Quelquefois auparavant il imite les marchands ambulants. Il crie : « Marchand de tonneaux, marchand d'habits », ou bien il imite les cris d'animaux, ou bien encore il fait marcher ses doigts comme s'il jouait du piano et il se réveille au bout de trois ou quatre minutes en faisant une grande inspiration.

Ainsi donc, chez ce malade, il y a deux états bien distincts : un état prime qui est l'état normal, et un état second qui dure généralement 1 h. 1/2 à 2 h. pendant lequel le malade fait généralement tout ce qu'il a désiré ou ce qui l'a frappé pendant l'état prime.

Pendant cet état second, son caractère est modifié ; il est généralement insolent et le malade a besoin de mouvements. Il s'agite, marche beaucoup.

A l'état prime, il ne se rappelle aucunement ce qu'il a fait à l'état second. Il y a donc bien dédoublement de la personnalité.

15 mai 1888. — Est venu à ma consultation à l'état second. Ne se rappelle pas ce qu'il a fait ce matin jusqu'à 11 heures, mais se rappelle ce qu'il a fait depuis 11 heures jusqu'à ce moment, et il est 1 heure. Il est arrogant, grossier. Il emploie le vocabulaire des gamins de Paris, fait l'homme important.

Je lui comprime les globes oculaires, et le malade s'endort en faisant une grande inspiration. Je l'abandonne sur le canapé et je ne fais aucune suggestion. Le malade se réveille au bout de huit à dix minutes. Il est doux, aimable, bien élevé, et ne se rappelle pas ce qu'il a fait depuis 11 heures et est tout étonné de se trouver chez moi.

Je prescris pilules de lactate de fer, douches, exercices modérés et installation dans un établissement hydrothérapique.

30 mai. — Les parents arrivent dans mon cabinet avec le jeune homme. Me disent qu'il va mieux et qu'il n'a plus qu'une crise par jour et pas tous les jours, et qu'elle a lieu vers 11 heures, au moment du déjeuner : aussi le plus souvent il ne se rappelle pas avoir déjeuné. Ils me racontent qu'il n'est pas retourné chez cette dame faire de la gymnastique. A ces mots le malade fait une grande inspiration ouvre démesurement les yeux, et bondit vers la porte, descend l'escalier quatre à quatre et le voilà dans la rue se dirigeant chez cette dame. J'ai su depuis qu'il avait été chez cette dame et qu'il ne conservait aucun souvenir de sa fugue.

15 juin. — Je l'endors et lui suggère de ne plus avoir d'attaques ni de fugues.

30 juillet. — Va bien, n'a plus de crise, travaille avec son père.

Observation V

Sommaire. — Hystérie, hémi-anesthésie droite, points hystérogènes, fugues inconscientes, dédoublement de la personnalité.

Le nommé R... entre à l'hospice de Bicêtre pour la deuxième fois, en 1882, avec l'étiquette « épilepsie et trouble mental consécutif aux accès. »

C'est un jeune homme de vingt-quatre ans, maigre, strabique, pâle, anémique. Il présente de l'insensibilité du côté droit. On le pique, on lui transperce la peau, sans provoquer de la douleur. Pas de sang à la suite de ces piqûres. Points névralgiques au niveau du mamelon droit. Sensation de boule à la pression de ce point. Point douloureux au niveau de la dixième vertèbre dorsale. Testicule droit douloureux à la pression. Sent qu'il va se trouver mal quand on comprime cet organe.

A des attaques à peu près tous les mois, dit-il, surtout quand il est préoccupé ou quand il fait des excès. Tombe sans connaissance, pas d'écume : fait de grands mouvements, dit-il.

Il raconte qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises différentes d'aller aux environs de Paris, de prendre le train, sans avoir préalablement l'envie d'y aller. Il est très étonné de ce fait. Il s'est trouvé l'autre jour à Robinson vers 2 heures et il était parti depuis 7 heures du matin. Il ne sait comment il y est venu.

Souvent il met le couvert sur la table, s'installe à manger et se réveille tout étonné de ce qui arrive. Il a, dit-il, les yeux ouverts, ses parents le lui ont dit. (Il faut noter qu'il a servi comme garçon de restaurant.)

Jamais dans ses attaques il ne s'est mordu la langue et jamais il n'a gâté.

Cet individu est intelligent, et fait souvent le métier de camelot.

Traitement : douches, fer, V. q. q.

Dans la séance de la Société médico-psychologique du 29 juillet dernier, j'ai communiqué l'observation I de ce mémoire et j'ai fait ressortir la nature hystérique de l'attaque de sommeil et de la crise ambulatoire. J'ai attiré l'attention sur les troubles de la sensibilité générale et spéciale et ai fait ressortir leur action sur la production des images mentales et expliqué l'alternance de de la personnalité de la malade et l'oubli périodique de ses actes et fugues par la production et la disparition des mêmes troubles de la sensibilité et des mêmes images mentales.

Les nouveaux faits que je présente sont aussi relatifs à des hystériques à stigmates et dans tous ces cas, les images visuelles et motrices dominent la scène. Pendant la fugue, les malades ne subissent l'influence d'aucune image antagoniste. Dans les observations I et II, les malades plongés dans le sommeil hypnotique me retracent avec la plus grande netteté tous les actes commis pendant leur fugue et m'indiquent clairement que les images visuelles et motrices ont dominé toute la scène ambulatoire.

Dans toutes les observations que je rapporte, on voit également que les malades exécutent des actes qu'ils ont déjà exécutés à l'état de veille ; qu'ils ont pensé à ces actes ou qu'ils en ont été

préoccupés les jours précédents. Une grande émotion peut être le signal de cette fugue, comme cela se voit dans l'observation III. Cette émotion provoque une ébauche d'attaque ; la malade éprouve un vertige et de la suffocation et aussitôt la scène ambulatoire se produit. Dans tous les cas, le début de la fugue est signalé par une suffocation et une grande inspiration avec vertige. C'est l'hypnotisme qui nous révèle ce vertige, le malade à l'état de veille n'en a pas conscience.

La scène ambulatoire se termine, dans la première observation, par une crise de sommeil léthargique lucide, ou état transitoire entre l'état de veille ou état prime, et l'état second. Dans la deuxième observation, la crise a paru se terminer par un sommeil naturel. C'est le lendemain de son arrivée à T... et à son réveil que D... s'aperçoit de sa fugue. Enfin, dans les autres observations, on constate le changement d'état par une inspiration bruyante.

Ces modalités différentes ne sont qu'apparentes. Ce sont, en effet, des symptômes que l'on retrouve dans une attaque de grande hystérie. Ils sont tantôt isolés et tantôt groupés d'une certaine façon, et leur durée est plus ou moins longue. Dans l'observation IV, celle de l'enfant de quatorze ans [1], la scène ambulatoire dans les premiers temps commence par de la strangulation et de la contorsion des membres (ébauche du premier et deuxième stade de l'attaque de la grande hystérie), puis la scène ambulatoire apparaît. Elle coïncide avec la période des attitudes passionnelles. Plus tard la scène change, l'enfant ne présente plus de contorsion, cette période est supprimée. Tout d'un coup, il éprouve une suffocation et un vertige et le voilà exécutant sa fugue. Un mot prononcé devant lui éveille tout de suite l'image du gymnase, cette image à son tour engendre celle de la locomotion et le malade court à la maison où se trouve ce gymnase, ou bien il exécute sur les personnes qui l'entourent, les prenant pour l'objet qu'il convoite, les mouvements appropriés à cette gymnastique.

Ces fugues inconscientes, ces scènes d'automatisme ambulatoire, ces changements de personnalité enfin, persistent plus ou moins longtemps. Ils durent quelques heures ou quelques jours, comme cela s'est vu dans l'observation de L. V... que j'ai rapportée dans les *Archives de neurologie*, n° 29, et aucun souvenir de cette vie toute particulière n'existe chez ces malades, une fois

(1) Voir Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, leçon XI.

qu'ils sont revenus à leur état normal. Une page du livre de leur vie a été déchirée et n'existe plus pour eux. Il faut pour qu'on la fasse revivre, qu'une nouvelle attaque se produise ou qu'on mette le malade dans le somnambulisme provoqué. Cette faculté de ressusciter ces scènes par le sommeil provoqué est une indication formelle de la nature hystérique et non épileptique de ces phénomènes, car nous savons qu'un épileptique est très difficilement hypnotisable. Cet élément nous servira pour le diagnostic différentiel de la fugue hystérique et de la fugue épileptique.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la fugue est de très courte durée et coïncide avec le vertige, ou bien elle est de longue durée et constitue un véritable dédoublement de la personnalité, comme dans les observations que je rapporte.

Dans le premier cas, le vertige est fréquent chez les hystériques. Il s'accompagne presque toujours de propulsion en avant avec sensation de boule à la gorge, d'étouffement. La malade marche en quelque sorte pour se soustraire à cet étouffement, et très souvent nous voyons sa main se porter soit à la gorge, soit à la région cardiaque, soit à la région ovarienne. Ce vertige avec fugue est un signe distinctif du vertige épileptique. Dans ce dernier cas, en effet, le malade est immobile, pâle et hébété, ou bien il s'affaisse pour se relever aussitôt. Le visage de l'hystérique est souvent rosé au lieu d'être pâle. La difficulté du diagnostic existe surtout dans l'épilepsie procursive, au début, mais là, encore, le visage est pâle et hébété et le malade ne présente pas de suffocation ; enfin la terminaison de l'accès avec sterteur, incontinence des matières fécales et morsure de la langue, ne laisse plus aucun doute sur la nature de la maladie.

Dans l'absence épileptique, le visage est pâle et les yeux sont généralement convulsés en haut, et il n'y a ni fugue ni suffocation.

Dans l'accès incomplet épileptique, on signale, indépendamment de la pâleur et de l'hébétude du visage, des convulsions d'un certain groupe de muscles de la face, des mouvements automatiques des membres se répétant sans cesse, comme ceux que provoque l'acte de brosser, de laver, etc., et en même temps on signale un marmottement de certains mots qui sont toujours les mêmes, et souvent cet accès incomplet se termine aussi par de l'incontinence des urines, la morsure de la langue et une légère bavure au coin des lèvres.

Dans les cas de fugues de longue durée, on remarquera, chez les hystériques, de la méthode, de la coordination dans tous leurs

actes. Le malade semble être à l'état normal, tant il y a de régularité dans ses actes, dans son maintien et souvent dans ses paroles. C'est subitement, à la suite d'un vertige, d'un accès de suffocation ou après une grande inspiration, que le malade change d'état, et c'est subitement aussi, ou après une grande inspiration, ou après un sommeil léthargique lucide, que le malade revient à l'état normal. Chez ces malades, il y a toujours des troubles de la sensibilité générale et spéciale, et l'attaque constitue un vrai dédoublement de la personnalité. Chez les épileptiques, au contraire, on remarque ordinairement de l'agitation et le plus souvent de la violence. Les malades ont fréquemment des hallucinations terrifiantes. Ils frappent, brisent et tuent. Nous assistons dans ces cas à un véritable accès de fureur, à un vrai délire et nous ne constatons pas chez ces malades les stigmates de l'hystérie. Quand le malade ne présente pas de violence, sa figure est pâle et presque toujours hébétée ; ses actes ne sont pas bien coordonnés. Le malade erre sans but dans les cours, allant de droite et de gauche, s'emparant de certains objets et renversant souvent les personnes qui le gênent. Cette fugue épileptique, comme dans le cas précédent, est presque toujours précédée ou suivie d'un accès convulsif. L'accès convulsif a souvent eu lieu la nuit précédente, et la souillure du lit en est le seul indice. En effet, dans ces cas, le malade gâte très souvent. De plus, quand le sommeil termine la scène, ce sommeil est lourd, profond, stertoreux et prolongé, et quand le malade revient à lui-même, il est courbaturé, brisé et peu apte au travail. Ces accidents se renouvelant fréquemment amènent promptement une déchéance intellectuelle de l'individu, ce qui n'arrive pas chez les hystériques.

Enfin dans ces fugues épileptiques, il est probable que la température du corps est augmentée et que la sécrétion de l'urée est au-dessus de la normale (1), comme cela se voit dans les accès épileptiques ordinaires.

Les fugues par intoxication, les fugues au début de la paralysie générale doivent aussi être diagnostiquées d'avec ces fugues hystériques et épileptiques. C'est en recherchant avec soin les antécédents du malade et les signes physiques qu'il présente, qu'on arrivera au diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que les agents toxiques, de même que les traumatismes, sont les agents provocateurs de l'hystérie.

(1) Gilles de la Tourette, 1889.

Le traitement aussi dans ces deux maladies est bien diffférent. Le bromure de potassium sera utilement prescrit dans l'épilepsie, tandis qu'il ne sera d'aucune utilité dans l'hystérie. Il sert dans ce cas de moyen de diagnostic. Les toniques, les douches et surtout la suggestion par l'hypnotisme seront recommandés dans l'hystérie. Ce dernier moyen a parfaitement réussi dans les observations I, II et IV. *(Applaudissements.)*

M. Tissié *(de Bordeaux)*. — Messieurs, je tiens à rappeler que la description des fugues hystériques se trouve dans ma thèse sur les *Aliénés voyageurs*. On y trouvera une observation très intéressante d'hystérie avec fugues inconscientes.

M. le Président. — La parole est à M. Ladame, de Genève, pour la lecture de son travail.

INVERSION SEXUELLE CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ

TRAITÉE AVANTAGEUSEMENT PAR LA SUGGESTION HYPNOTIQUE

M. le Dr Ladame *(de Genève)*. — Le traitement des troubles psychiques et nerveux par la suggestion hypnotique n'étant point encore officiellement accepté en psychiatrie, je crois qu'il est nécessaire de procéder avec la plus grande circonspection dans les cas d'aliénation mentale, lorsqu'on espère pouvoir utilement soumettre un aliéné à l'influence de l'hypnotisme. Il faut rechercher des indications précises et, comme ce champ d'investigation est encore presque absolument inexploré, les médecins aliénistes qui s'occupent de thérapeutique suggestive ne sauraient se montrer trop prudents ni trop réservés dans leurs conclusions, afin d'éviter jusqu'à l'apparence d'un entraînement irréfléchi, de parti pris ou d'exagération, toutes choses habilement exploitées par le scepticisme railleur et l'opposition systématique. Rien ne déconsidère davantage le traitement par l'hypnotisme que les affirmations prématurées d'observateurs enthousiastes mais superficiels, qui ont l'air de vouloir faire de la suggestion hypnotique une panacée universelle.

D'autre part, les détracteurs de l'hypnotisme s'appuient sur des observations mal faites pour condamner aveuglément son emploi. Dans une récente discussion sur la valeur pratique de l'hypnotisme, qui eut lieu au sein de la Société viennoise de médecine, on est allé jusqu'à dire que ce serait un grand malheur si les médecins employaient plus généralement l'hypnotisme, comme agent

thérapeutique. Le professeur Meynert, si célèbre par ses belles recherches d'anatomie cérébrale, affirme même, sans preuves, «qu'hypnotiser» est synonyme de « rendre hystérique». Ceci est une erreur qui doit être énergiquement relevée. On a vu sans doute l'hystérie se développer ou s'aggraver après des tentatives imprudentes d'hypnotisation. Mais on peut affirmer que jamais l'hypnotisme n'a rendu hystérique une personne qui ne l'était pas, ou aggravé une hystérie déjà existante, toutes les fois que l'on a procédé à l'opération avec tact et ménagements, et d'après la méthode persuasive de suggestion qui a été enseignée par M. le professeur Bernheim. Pour ma part, après des centaines d'hypnotisations faites sans aucun accident, je crois pouvoir me ranger à l'opinion de nos confrères qui regardent le traitement hypnotique comme absolument inoffensif, sous les réserves que nous venons de mentionner.

Il n'en est pas moins vrai que, chez certains individus, il faudra s'abstenir de tentatives d'hypnotisation, si l'on veut éviter des accidents. En tous cas, au moyen de procédés plus violents (qui peuvent réussir assurément dans certain cas), lorsqu'on cherche par exemple à s'imposer au malade ou à frapper son imagination, comme cela est recommandé par quelques auteurs, l'hypnotisme peut devenir un véritable agent révélateur de l'hystérie. M. le Dr G. Guinon en donne des exemples, dans son excellente thèse. C'est, sans doute, à la suite de tentatives malheureuses, faites par ces procédés défectueux, que certains médecins en sont arrivés à prendre l'hypnotisme en horreur et à demander qu'on le bannisse de la thérapeutique, comme inutile et dangereux.

Le malade, qui fait l'objet de la présente communication, est un jeune homme de trente-trois ans, célibataire, haut de stature, sans anomalie du squelette. Il est assez bien musclé et marche un peu voûté, la tête en avant, d'un pas en général précipité. Son intelligence est peu développée, malgré une instruction et une éducation soignées. Il rentre dans la catégorie des esprits débiles.

Sa tare héréditaire est très lourde, surtout du côté paternel. Le grand-père paternel est mort à l'âge de trente-quatre ans, d'une maladie mentale qui se serait déclarée à la suite de pertes séminales très fréquentes, et de troubles sexuels se rattachant à l'onanisme. Le père et un des frères du malade ont souffert également de troubles des fonctions génitales. Il y a aussi des aliénés du côté de la mère. D'autres membres de la famille se distinguent par leur caractère violent et excentrique. Il n'y a pas à ma connaissance d'alcooliques dans cette famille.

M. B..., notre malade, est un type de dégénéré débile. Il offre des stigmates physiques et psychiques. Son crâne est petit, de forme irrégulière, aplati sur les tempes et étranglé en avant. Les mâchoires proéminentes. L'indice céphalique est de 69, dolichocéphale très prononcé. C'est l'indice des Australiens et des Esquimaux. Le front est bosselé, fuyant. Système pileux irrégulièrement développé. Poils de barbe rares, par places. Myopie prononcée. Pas d'anomalie des pupilles. Oreilles peu ourlées, détachées de la tête, lobule très petit, adhérent. Pas de difformités des membres. Une hernie inguinale, probablement d'origine congénitale. On ne constate rien d'anormal aux organes génitaux, qui sont bien développés. Bourses flasques, verge volumineuse. Réflexes crémastériens et rotuliens normaux.

Au point de vue psychique, ce qui frappe surtout, après la débilité de l'intelligence, c'est l'impressionnabilité excessive du malade. Il dit lui-même qu'il est très susceptible, nerveux et que son imagination est complètement détraquée. Il s'accuse d'avoir la manie de la persécution. A plusieurs reprises il eut des accès de désespoir, dans le sentiment de son impuissance à vaincre son penchant à la masturbation et les obsessions sexuelles dont nous allons parler. Il a eu souvent, dit-il, des pensées de suicide, mais ne paraît jamais avoir fait des tentatives sérieuses pour s'ôter la vie. Il recherche la solitude.

Depuis des années il est tourmenté par des obsessions qui sont essentiellement de deux sortes, motrices et génitales. Ces dernières sont les plus importantes et constituent le syndrome dominant caractéristique de l'inversion sexuelle. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Quant aux obsessions motrices, elles se présentent sous différentes formes. Tantôt le malade s'imagine qu'il est une locomotive, remorquant un train. Il marche alors très vite, en ligne droite, au bord des chemins et le long des trottoirs, puis s'arrête comme s'il arrivait à une station, repart bientôt, d'abord lentement, puis avec une vitesse croissante, comme il convient à un train qui quitte une gare. Il ne s'arrête que lorsqu'il est épuisé de fatigue. Tantôt c'est un bateau à vapeur qui fend les ondes, ou une voiture, une diligence qui court les grandes routes; tantôt enfin c'est un cheval, un vélocipède ou tout autre moyen de locomotion. Ces obsessions locomotrices varient d'intensité; parfois très fortes, parfois beaucoup moins, au point que le malade peut alors en devenir maître plus ou moins facilement.

Les obsessions génitales remontent à son enfance. M. B... appartient au groupe des « invertis » congénitaux. On distingue en effet, comme vous le savez, depuis Krafft-Ebing, deux groupes de malades affectés d'inversion du sens génital. Les premiers acquièrent accidentellement la maladie, le plus souvent à la suite d'habitudes d'onanisme qui les rendent impuissants à accomplir le coït, les autres sont prédisposés dès leur naissance, par hérédité, à l'amour charnel des personnes de leur sexe. Notre malade appartient à cette dernière catégorie. Il eut toujours du penchant pour les petits garçons et était impressionné par leur nudité, tandis qu'il éprouvait plutôt de l'aversion pour les filles. Il s'est livré de bonne heure à la masturbation et aux attouchements des parties génitales de ses petits camarades. Depuis, il s'est abandonné aussi occasionnellement à la pédérastie

passive et active. Un jour, il eut affaire à un jeune garçon qui lui fit une impression sexuelle particulièrement forte. C'était en été. Il faisait chaud et le jeune homme portait des habits gris. Dès ce moment le costume gris du jeune garçon devient une obsession pour notre malade. Chaque fois qu'il voit un habillement gris, il entre en érection et il fait revivre cette image dans son esprit toutes les fois qu'il se livre à la masturbation. L'habit gris éveille toujours en lui des sensations voluptueuses. Il en est continuellement obsédé. « Souvent, dit-il, mon idée remplit à tel point mon imagination que je me laisse aller pour avoir la paix ! » Voilà bien la caractéristique de l'obsession pathologique.

Plusieurs médecins ont été consultés qui ont conseillé au malade de voir des femmes, espérant le guérir de ses penchants contre nature par l'usage des rapports sexuels physiologiques. M. B.., suivant leur recommandation, a fait, bien malgré lui, quelques tentatives qui ont été absolument inutiles. Jamais il n'eut la moindre velléité d'érection auprès d'une femme. — Il n'éprouve aucune volupté et les femmes n'éveillent en lui aucune sensation sexuelle. Il reste tout à fait impuissant, malgré les plus grands efforts et malgré même l'évocation de l'habit gris ; il finit par renoncer complètement à des essais dont il sortait honteux et déprimé.

Je l'hypnotisai pour la première fois le 27 mars. Il ne s'endormit pas, mais ressentit cependant quelques impressions suggestives qui me parurent d'un bon augure, malgré ses protestations contraires. Il prétendit, en effet, que jamais on ne pourrait l'endormir, que ses idées l'en empêcheraient et que je perdrais mon temps avec lui. Il sentait bien, disait-il, que tous mes efforts étaient inutiles. Je lui affirmai positivement, au contraire, que tout irait bien et qu'il finirait par dormir profondément. Les tentatives subséquentes d'hypnotisation furent encore plus mauvaises. Le malade est très énervé ; chaque fois qu'il arrive chez moi, il s'agite, prétend qu'on ne réussira jamais avec lui, que ses obsessions augmentent et n'ont jamais été aussi violentes ni ses pratiques de masturbation plus fréquentes. Il se rit de l'hypnotisme et assure qu'il n'en saurait rien résulter de bon. — Je combats tranquillement ses hésitations et je cherche à calmer ses appréhensions. Je lui fais remarquer que la lutte qui se livre en lui est la meilleure preuve qu'il est influencé et qu'il deviendra bientôt hypnotisable. Je lui dis qu'il n'est point nécessaire qu'il dorme dès les premières séances, que je fais toujours très courtes, cessant les tentatives d'hypnotisation après cinq ou dix minutes, si le malade n'en ressent aucun effet. Bientôt cependant M. B... commence à s'endormir ; mais à peine l'assoupissement se fait-il sentir, qu'il sursaute et se réveille en ouvrant les yeux et protestant contre le sommeil qui ne viendra jamais, il en est bien sûr. Après quelques séances pendant lesquelles les sursauts deviennent plus fréquents et témoignent ainsi du succès croissant des hypnotisations, voici le malade qui vient un jour à moi, très agité et inquiet. Il m'annonce qu'il ne veut pas dormir, et me demande si l'hypnotisme n'a pas déjà rendu des gens fous furieux. Depuis que je l'hypnotise, il se sent des impulsions soudaines de battre quelqu'un et il m'avoue qu'il craint beaucoup de me tomber dessus et de me donner des coups. Il est

assez obligeant pour m'en prévenir, car il sent bien, dit-il, que c'est plus fort que lui. En outre, il me déclare catégoriquement qu'il ne veut pas être débarrassé de ses « idées fixes » et que tous mes efforts pour cela seront impuissants.

Je le rassure, le tranquillise, et je l'endors. Les sursauts sont fréquents et violents, mais le sommeil est déjà plus profond quoique le malade se souvienne de tout au réveil.

Je ne décrirai pas les péripéties qui se présentèrent dans les séances suivantes et qui n'offrent aucun intérêt spécial, je me bornerai à dire que M. B... finit par s'endormir très profondément, et du premier coup ; dès qu'il s'assied, je ferme ses paupières et je lui dis: dormez. Il tombe instantanément dans un sommeil hypnotique profond, dont il sort à ma volonté, sans aucun souvenir de ce que je lui ai dit pendant qu'il dormait. Les suggestions thérapeutiques ont porté jusqu'ici exclusivement sur les anomalies sexuelles. J'affirme à M. B... que le jeune homme habillé de gris ne lui fait plus aucune impression. Je le persuade que ses idées et ses obsessions génitales lui sont devenues absolument indifférentes et qu'il ne s'en préoccupe plus du tout. Vers la fin de mai, après vingt-cinq séances, le malade m'annonça spontanément qu'il était beaucoup mieux et que jamais ses idées n'avaient été aussi effacées, moins obsédantes. « Je n'y comprends rien, ajoutait-il, je deviens de plus en plus indifférent aux pensées mauvaises qui remplissaient si fort mon imagination. Les idées sont toujours là, elles ne m'ont pas quitté, mais elles me laissent tranquille et ne me tourmentent plus. » La fréquence de l'onanisme a de même sensiblement diminué.

Dès cette époque je fis les séances d'hypnotisme à des intervalles de plus en plus éloignés, d'abord toutes les semaines, puis tous les quinze jours; et actuellement M. B... ne vient chez moi qu'une fois par mois pour faire renouveler ses suggestions. L'amélioration s'est affirmée et le malade m'a dit que jamais il ne s'était senti si dispos de corps et d'esprit. Plus d'idées sombres ni de désespoir. M. B... reprend intérêt à ses occupations ; il a fait avec plaisir des courses de montagne, mais il est toujours porté à la solitude et évite autant que possible la société des dames.

On ne peut, il est vrai, rien affirmer encore quant à une guérison proprement dite de l'inversion sexuelle, chez notre malade. Toutefois l'amélioration sensible déjà obtenue par le traitement suggestif est d'un bon augure, et le cas m'a paru assez intéressant pour en faire une communication à ce Congrès, d'autant plus qu'il n'existe, à ma connaissance, qu'une seule observation analogue publiée tout récemment par M. le professeur Krafft-Ebing dans le premier volume des *Archives internationales de physiologie et de pathologie des organes génito-urinaires*. Il s'agit aussi d'un homme de trente-quatre ans, souffrant d'inversion sexuelle congénitale, guéri en huit séances d'hypnotisation. — Le malade de Krafft-Ebing était beaucoup plus développé intel-

lectuellement et présentait une tare héréditaire bien moins lourde que celui dont je viens de rapporter l'observation. Aussi le professeur de Gratz, qui vient d'avoir l'honneur d'être nommé à Vienne, croit-il que la guérison sera définitive dans son cas, ce que je n'ose espérer pour le mien, mon malade ayant encore évidemment besoin de suggestions longtemps réitérées avant d'être définitivement débarrassé de ses obsessions génitales, si tant est que l'on arrive jamais à obtenir ce résultat.

En résumé, je crois pouvoir conclure que nous possédons dans la suggestion hypnotique un agent efficace, dans certaines circonstances, contre tel ou tel symptôme mental, se manifestant comme obsession ou comme impulsion. C'est un traitement symptomatique qui ne modifie en aucune façon, cela va sans dire, la nature de la maladie, le moule cérébral pathologique originel du malade, le fond pyschique dégénératif sur lequel se développent les obsessions et les impulsions. Il n'en est pas moins vrai que, au point de vue des résultats pratiques, le traitement par l'hypnotisme de certaines formes d'aliénation mentale restera une précieuse acquisition de la thérapeutique, en psychiatrie. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Dekterew, *de Saint-Pétersbourg (Russie)*. — Messieurs, je désire dire un mot en réponse à l'intéressante communication de M. Ladame. Je suis, en règle générale, partisan de l'hypnotisme en thérapeutique, mais il doit être toujours employé avec prudence. Il m'est, en effet, impossible d'accepter d'une manière absolue l'assertion de M. Ladame que l'hypnotisme est « chose tout à fait inoffensive pour toute espèce d'individus ». Je crois que c'est aller trop loin et j'en donnerai pour preuve le fait suivant, bien connu dans les cercles pédagogiques de Saint-Pétersbourg : Lors du séjour en cette ville du prestidigitateur et hypnotiseur par profession Hansen, un membre de la commission permanente du musée pédagogique, se fiant à l'assertion de celui-ci sur le caractère inoffensif de ses expériences, se prêta à ses manœuvres. Bien mal lui en prit, car deux jours après, il se mit à s'endormir automatiquement dans sa chambre et même

une fois dans la rue, en regardant trop fixement par mégarde un bec de gaz. A cela s'ajoutèrent des troubles nerveux, des maux de tête, etc. Soumis à un traitement, il ne tarda pas à guérir.

Ce cas, comme bien d'autres qu'on pourrait citer, prouve surabondamment qu'il ne faut procéder à l'hypnotisation qu'avec la plus extrême prudence.

M. Moritz Bénédikt, *professeur à la Faculté de médecine de Vienne (Autriche)*. — J'ai évité de parler sur l'hypnotisme et la suggestion dans les derniers temps, parce que j'ai pour principe d'être autant que possible classique, cela veut dire d'écrire et de parler de telle manière, que ce que j'ai dit et écrit reste vrai, quoique les connaissances et la reconnaissance des faits augmentent et changent à l'avenir.

Il faut pour cela éviter des conclusions qui surpassent les prémisses données et décrire les faits d'une manière aussi peu préjugeante que possible, pour qu'ils ne soient pas défigurés par les vues personnelles et les idées ambiantes, qui, comme l'histoire de la science nous l'apprend, contiennent toujours de grandes erreurs.

J'ai un certain droit de me mêler à cette discussion, parce que je me suis occupé, à l'invitation de Lasègue, des recherches hypnotiques dès 1867.

J'ai publié mes observations sous le titre : « *Les expériences de Lasègue* », dans mon livre : *Électrothérapie*, publié en 1868 (p. 417), et dans un mémoire : *Mesmerisme et Catalepsie* (Wiener Klinik, 1880).

Depuis 1878, je m'occupe des recherches thérapeutiques hypnotiques, et j'ai publié les résultats que j'ai obtenus dans un court mémoire intitulé : Nouvelles méthodes de traitement de l'irritation spinale (*Neue Methode der Behandlung der Spinalirritation*. Wiener med. Presse, 1879).

Si j'entre aujourd'hui dans la discussion en opposition avec mon goût, c'est parce qu'un auteur de la valeur de M. Ladame nous a fait une communication.

Je dois insister sur ce point, que l'on doit, dans chaque cas particulier, faire séparément pendant quelque temps l'application de l'hypnotisme et l'application de la suggestion pour pouvoir distinguer les effets de l'un et de l'autre. L'effet calmant, dans le cas de perversité des usages sexuels chez le malade de Ladame,

pouvait être obtenu par l'hypnotisation seule. Je connais son effet calmant dès longtemps, mais je m'en sers maintenant plus rarement qu'autrefois, depuis que j'ai fait la connaissance des effets calmants de l'aimant métallique, qui peut remplacer l'hypnotisation dans la majorité des cas rares dans lesquels les deux thérapies sont indiquées et d'utilité non imaginaire.

Je veux encore insister sur ce point de critique, que si l'on veut parler dans des cas semblables d'un effet vraiment certain, il faut attendre des mois et même des années, et que l'on doit disposer d'un certain nombre de cas pour bien connaître la relation entre l'état morbide spécial et sa thérapie.

Nous connaissons l'influence des méthodes psychiques sur beaucoup de cas depuis longtemps[1], et c'était de temps en temps une erreur fâcheuse des médecins de nier les effets des cures morales. C'est dans l'ordre des choses que les médecins aient commencé de remplacer les prêtres intrigants ou naïfs, les charlatans ou les hommes fantastiques, en faisant les cures morales eux-mêmes ; mais nous devons prendre garde de créer et d'écrire des légendes.

Dans ces affaires, c'est toujours la cérémonie comme telle qui joue le plus grand rôle.

Les faits antérieurs à la cure, que les patients soient parvenus à la hauteur de leurs souffrances ou à la reconnaissance et à la conscience de la perversité de leurs coutumes et de leurs goûts, qu'ils soient par cela arrivés au point de vouloir faire quelque chose avec toute l'énergie possible, font en beaucoup de cas la partie la plus importante de la cure même.

Mais nous ne devons pas oublier que les sujets qui sont soumis aux procédés hypnotiques et aux suggestions sont des femmes hystériques et des hommes vicieux, chez lesquels l'art ou le besoin extrême de jouer la comédie et de tromper sont bien développés, et je crains que les maîtres de l'école de Nancy et leurs adeptes ne soient terriblement compromis, lorsque les sujets de leurs expériences écriront leurs mémoires.

Je veux revenir au remplacement de l'hypnotisme par l'aimant magnétique. Le dernier est hautement à préférer au premier, parce que l'aimant ne fait pas tant de tort au soigné que l'hyp-

(1) J'ai publié dans mon mémoire : *Aus der pariser Congresszeit* (*Internat. klinische Rundschau*, Venne 1889), une quantité des cas de mon expérience personnelle.

notisme. Celui-ci fait toujours une impression mystérieuse sur le malade et le fait dépendant de l'hypnotiseur. Cette dépendance est très variée et nous voyons tant de fois que l'on puisse commencer avec l'hypnotisation, mais la cure merveilleuse ne finit jamais.

De la même manière, une cure morale faite par un médecin sage et consciencieux, qui connaît les idées, les sentiments et les goûts de ses malades, en délivrant le malade de ses maux, lui donne quelque chose, comme une énergie supérieure de volonté, ou des idées et des sentiments empêchant les actes vicieux. Il enrichit son client dans le sens psychique. La suggestion au contraire appauvrit toujours, même dans les cas dans lesquels elle semble donner quelque chose par incitation.

De vouloir faire ou de s'abstenir de faire une chose perverse doit être le résultat d'un équilibre des idées, des sentiments ou des goûts qui poussent ou qui retiennent. Cette richesse des incitations et des empêchements plus ou moins conscients constitue ce que les psychologistes appellent le « libre arbitre », qui nous élève tant au-dessus des animaux. La cure morale introduit un facteur utile pour que l'équilibre soit heureux ; la suggestion agit au contraire ou en introduisant une impulsion irrésistible ou en prenant au cerveau une partie de son contenu. La suggestion crée, au lieu dudit libre arbitre, un esclavage mental.

Heureusement en réalité arrive le miracle, que les miracles des hypnotiseurs n'existent que dans leur imagination et par la soumission ou par l'envie des intrigues de leurs sujets.

J'ai donné toute liberté à un adepte absolu de M. *Bernheim* de faire des expériences et j'ai appris de nouveau comme sont riches ces expériences d'attrappes [1].

Il est vrai que l'on observe quelques faits très curieux de dépendance des malades des suggestions et du médecin qui fait la suggestion ; mais ces faits curieux, non compris, sont excellents pour confondre les médecins et il ne sont pas bons pour enrichir la science.

Poursuivons les expériences, mais avec la précaution de ne pas dégénérer les sujets soumis à elles, car les expériences rendent toujours de plus et plus labile l'équilibre normal des nerfs.

[1] J'ai rappelé l'expérience avec un autre jeune médecin, partisan de l'école de Nancy. B.

Nous sauverons par cela un nombre de faits à l'intelligence scientifique supérieure de ceux qui nous suivront. Mais l'hypnotisme et la suggestion n'ont leur place ni à la tête de la science ni à la tête de la thérapie. Elles sont indiquées dans des cas rares et doivent être appliquées avec une grande précaution et conscience morale.

Permettez-moi de remarquer à la fin, que la peur des crimes commis par suggestion est une bêtise, dont se moquent ceux qui se connaissent à la stratégie et à la tactique des crimes — les criminels. *(Applaudissements.)*

M. Marcel Briand. — Je demanderai à M. Benedikt ce qu'il pense des expériences d'hypnose sans suggestion. Dans ces cas n'intervient-il pas des phénomènes d'auto-suggestion ?

M. Tissié. — Je n'ai jamais eu de résultats malheureux par les procédés hypnotiques. Il est vrai que je n'ai jamais exercé d'influence sur le regard.

M. Doutrebente. — Messieurs, j'appuie la communication si remarquable de M. Benedikt (de Vienne) et vous demande à dire quelques mots seulement, ne voulant point à cette heure abuser de votre patience. J'ai eu pendant fort longtemps l'occasion de voir et suivre les curieuses expériences d'hypnotisme et de suggestions hypnotiques faites à Blois par le commandant de Rochas, un chercheur, un savant remarquable et surtout un homme de bonne foi scientifique.

Avec des hystériques ou des jeunes sujets préparés de longue main, j'ai assisté à ses études dont il a d'ailleurs publié les résultats dans les mémoires de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher. Ayant entendu parler de cas de guérison ou d'amélioration obtenues à l'aide de l'hypnose chez les aliénés, j'ai cherché, mais en vain, à produire ce phénomène expérimental chez de véritables aliénés ; impossible de fixer leur attention et d'obtenir d'eux le concours de la volonté. Chez un des sujets de M. de Rochas, que j'endormais facilement, soit par l'apposition de la main droite en avant du front, soit par l'apposition de la main gauche en arrière, j'ai essayé vainement un jour, dans une réunion nombreuse, et alors que son attention était attirée par l'audition d'un discours, de produire le sommeil hypnotique ; mais j'étais caché derrière lui, faisant usage de la main gauche par le procédé sus-indiqué. Dès que le sujet

fut prévenu, il se retourna, vit ma main gauche étendue et comprenant ce que j'avais voulu faire, il dit: « Oh mais! je ne m'endors pas comme cela, il faut que je sois prévenu de votre intention ». Mais si je n'ai jamais réussi à endormir des aliénés, par contre, j'ai soigné depuis plusieurs années un assez grand nombre de malades devenus aliénés soit après avoir été hypnotisés, soit après avoir assisté à des expériences publiques d'hypnotisme; il y a donc là un danger réel, important à signaler.

Sans avoir recours à l'hypnose, pourquoi ne pas continuer à user de moyens plus simples, tels que, par exemple, «*la suggestion à l'état de veille*»? C'est d'ailleurs un moyen auquel nous avons constamment recours, quand nous faisons du traitement moral, que nous procédions par voie de conseils, consolations, encouragements, affirmations catégoriques, etc. . .

Je donne en ce moment des soins à une femme de trente-trois ans, qui est entrée cette année à l'asile d'aliénés de X. . ., pour y être traitée de mélancolie hypocondriaque suicide; c'est une femme intelligente et assez lucide malgré un délire intense. Un jour elle se plaint d'avoir avalé deux sous, elle gémit, pleure, pousse des cris, réclamant qu'on lui ouvre l'estomac; elle ne dort plus, refuse les aliments disant: « Je sens là les deux sous.» En pratiquant le cathétérisme de l'œsophage, nous avions pu nous assurer que la ou les pièces de monnaie ingurgitées étaient bien dans l'estomac et n'encombraient point le passage des aliments. Au bout de plusieurs jours la malade continuait de refuser les aliments, se plaignait et se roulait à terre en poussant des cris atroces; nous nous décidâmes à agir sur son esprit en faisant des tentatives d'extraction à l'aide d'une grande pince de 0 m. 40 c. de longueur, qui est faite d'ailleurs pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. L'opération fut entourée d'un certain cérémonial avec préparatifs multiples, table d'opération, flacons en évidence, trousse ouverte et grande exhibition d'instruments. Cette première mise en scène eut rapidement pour résultat de donner à la malade une sorte de stupéfaction et de passivité dont nous profitâmes pour introduire à plusieurs reprises la pince dans l'œsophage, feignant parfois de rencontrer les deux sous sans pouvoir les saisir. J'y arrivai enfin, en le déclarant tout haut, profitant de la surprise de la malade pour introduire entre les mors de la pince une pièce de dix centimes mouillée à l'avance et cachée dans la main gauche;

mais, et nous devions nous y attendre, pendant que nous nous réjouissions du résultat, la malade portait la main à sa gorge en disant: Ce n'est pas tout, j'en ai avalé deux, il en reste encore, je les sens toujours là. Sur l'heure nous reprîmes nos premières tentatives, d'abord infructueuses, puis nous ne tardâmes pas à sentir la pièce, à la saisir et à l'extraire comme nous avions fait pour la première. Peindre alors l'étonnement de notre malade est chose impossible! Subitement, elle ressentait du calme et se décidait à boire un grand bol de lait qui passait sans difficulté. Trois mois après cette expérience de suggestion à l'état de veille, notre malade était encore sous l'influence de l'amélioration rapide qui en avait été le résultat immédiat et, si elle n'est pas guérie complètement, elle marche vers la guérison, lentement, mais sûrement.

M. Ladame. —Messieurs, en réponse d'abord à M. Dekterew, je dirai que je ne sais où il a vu ou entendu l'assertion qu'il m'attribue. Jamais je n'ai dit que l'hypnotisme soit « chose tout à fait inoffensive pour toute espèce d'individus. » Je professe au contraire à cet égard une opinion absolument opposée à celle que me prête par erreur M. Dekterew, et j'ai eu l'occasion depuis plusieurs années, et dans maintes circonstances, de signaler publiquement les dangers de l'hypnotisme. Je partage donc complètement, sous ce rapport, les idées défendues par M. Dekterew et je pense, comme je l'ai dit catégoriquement dans la communication que je viens de vous présenter, qu'il ne faut employer l'hypnotisme qu'avec beaucoup de prudence et suivant des indications toujours précises.

M. le professeur Benedikt, de Vienne, critique mon observation en disant que le sommeil hypnotique seul, indépendamment de toute suggestion thérapeutique, aurait suffi pour calmer l'agitation de mon malade et produire l'amélioration que j'ai constatée. Je ne voudrais pas nier cette possibilité, car le malade qu'on endort sait parfaitement le but que l'on poursuit en l'hypnotisant, et le sommeil hypnotique seul, sans aucune suggestion verbale, peut suffire sans doute, dans quelques cas, pour réaliser le but poursuivi. Il s'agit alors d'une véritable auto-suggestion de la part du malade. On aurait tort cependant de se fier aux auto-suggestions. Je ne puis nullement partager ici l'optimisme de M. Benedikt et j'avoue que, dans le cas particulier, je n'aurais jamais osé laisser mon malade à lui-même, l'expérience

m'ayant appris que, d'ordinaire, les auto-suggestions sont loin d'être favorables au traitement. Elles détruisent souvent, au contraire, les bons effets du sommeil hypnotique, et rendent vains tous les efforts qui tendent à la guérison.

En se bornant à endormir le malade, sans le guider par des suggestions appropriées, le médecin perd complètement la faculté de diriger à son gré le traitement suggestif et risque par là de compromettre la cure qu'il a entreprise et qu'il abandonne imprudemment au hasard des auto-suggestions.

La séance est levée à six heures et demie.

SÉANCE DU MERCREDI SOIR, 7 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE MM. SOUTZO (ROUMANIE) ET JULES MOREL (DE GAND)

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Correspondance et communication. — SCLÉROSE SYSTÉMATIQUE POSTÉRIEURE (tabes ataxique). TROUBLES HALLUCINATOIRES : idées de persécution, idées de grandeur. AMÉLIORATION DU DÉLIRE. AMNÉSIE CONSÉCUTIVE ET TRANSITOIRE. QUELQUES SYMPTOMES DE SCLÉROSE LATÉRALE. AFFAIBLISSEMENT MENTAL, SANS DÉMENCE, par M. Souza Leite. — ACTION THÉRAPEUTIQUE DU BROMIDE DE RUBIDIUM-AMMONIUM, par M. Ch. Laufenauer. — L'HYOSCINE COMME HYPNOTIQUE, par MM. Georges Lemoine et Malfilâtre ; discussion : MM. Séglas, Rouillard. — DE L'AMNÉSIE RÉTROGRADE DANS L'INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE, par M. Marcel Briand. — DE LA LÉGISLATION COMPARÉE SUR LE PLACEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS, par MM. Ball et Rouillard ; discussion : MM. Falret, Barbier, Doutrebente, Bourneville. — LÉGISLATION CONCERNANT LES ASILES D'ALIÉNÉS DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC (Canada), par M. Bourque ; discussion : M. Duquet. — PLACEMENT DES ALIÉNÉS EN SERBIE, par M. Milan Vassitch. — DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES ALIÉNES EN ROUMANIE, par M. Soutzo. — ADOPTION D'UN VŒU RELATIF A LA NÉCESSITÉ DE DOTER TOUS LES ÉTATS D'UNE LÉGISLATION SPÉCIALE SUR LES ALIÉNÉS.

La séance est ouverte à trois heures.

M. CHARPENTIER, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Ce procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

CORRESPONDANCE ET COMMUNICATION.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, la correspondance comprend des lettres de MM. Baillarger et Calmeil, qui remercient les membres du Congrès de les avoir nommés présidents d'honneur ; ils expriment les regrets les plus vifs de ne pouvoir assister à nos séances, à cause de leur état de santé, et nous envoient leurs vœux les plus sincères pour le succès du Congrès.

Messieurs, j'ai une communication à vous faire de la part de la direction de la Maison nationale de Charenton. M. le Ministre de

l'intérieur a autorisé la visite de cet établissement par le Congrès. J'ai donc l'honneur de vous informer que vous serez reçus officiellement, dimanche prochain, 10 août, à neuf heures du matin, par M. H. Monod, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques, qui, aidé du service médical et administratif, vous fera visiter la Maison nationale. Un déjeuner suivra cette visite.

M. le Président. — La parole est à M. Souza Leite pour une communication.

SCLÉROSE SYSTÉMATIQUE POSTÉRIEURE (TABES DORSALIS)

TROUBLES HALLUCINATOIRES ; IDÉES DE PERSÉCUTION, IDÉES DE GRANDEUR. AMÉLIORATION DU DÉLIRE. — AMNÉSIE CONSÉCUTIVE ET TRANSITOIRE. QUELQUES SYMPTOMES DE SCLÉROSE LATÉRALE. AFFAIBLISSEMENT MENTAL SIMPLE, SANS DÉMENCE.

M. le Dr Souza Leite, *délégué du Brésil.* — Les troubles hallucinatoires, les idées délirantes et leurs multiples manifestations, comme le délire de persécution et les accès maniaques, s'observent avec une fréquence assez grande pendant le cours ou à la suite de l'hystérie — major ou minor — de l'épilepsie, de la maladie (chorée) de Sydenham [1], etc. Ces troubles se présentent aussi souvent dans le cours des maladies dites à *materia*, c'est-à-dire des maladies à lésions plus ou moins évidentes, constatées par les instruments grossissants ; ils y sont plus rares que dans les névroses et ne sont souvent que des complications, particularité qui augmente leur intérêt pratique.

Nous mettons de côté les différentes modalités de l'encéphalomyélite chronique et les diverses espèces d'aliénation mentale, dans lesquelles, les conditions du fonctionnement hygide du cerveau étant plus ou moins altérées, les troubles mentaux qui en découlent sont habituels et bien connus.

Les troubles en question furent, jusqu'à un certain moment, tenus comme fort rares dans la symptomatologie du tabes dorsalis ataxique, et leur absence était même un signe de la maladie de Duchenne (de Boulogne), au même titre que la conservation de la force musculaire ; on sait aujourd'hui que les manifestations

(1) Ritti. Cas de chorée accompagnée d'hallucinations sensorielles. — *Union médicale*, 1873, Paris.

paralytiques constituent la troisième période de la sclérose systématique postérieure de la moelle, en dehors des formes anormales hémiplégiques. Topinard est un de ceux qui mentionnent les hallucinations des sens et le délire de persécution dans le tabes dorsalis[1]; ensuite, MM. les docteurs Obersteiner, Lereboullet, M. le professeur Pierret et son élève Rougier, M. Rey, M. Raymond, agrégé de Paris, ont parlé de quelques états délirants plus ou moins transitoires.

Nous avons eu, en novembre 1887, l'occasion d'observer, à l'asile de Vaucluse, où nous étions interne, un tabétique arrivé à la période ataxique, lequel présenta six ans auparavant des perturbations intellectuelles de l'ordre de celles auxquelles nous faisons à ce moment-ci allusion. Ce malade s'achemine vers la démence, mais d'une façon bien lente. Voici les détails de son histoire.

Observation

Beauf..., cinquante-deux ans, apprenti horloger jusqu'à dix-sept ans, s'est mis alors dans le commerce où il perfectionne et invente divers objets comme le corset, en 1866, la crinoline articulée, les ressorts des plastrons, etc. Le 11 juillet 1881, on le transfère de l'asile Sainte-Anne dans celui de Vaucluse, service de M. Camuset, médecin de la section des hommes.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-deux ans, à la suite d'un fort traumatisme sur la nuque (poutre qui tombe); mère, varices aux jambes et aux cuisses, quatre-vingt-sept ans ; grand-père maternel, espagnol, mort à trente-six ans; grand'mère maternelle buvait souvent, surtout l'eau-de-vie, cherchait à se raisonner, mais revenait à ses écarts ; frère mort à deux ans, de convulsions ; sœur morte de la poitrine.

Antécédents personnels. — Convulsions pendant la dentition ; peu de temps après, rougeole intense. A dix-sept ans, blennorrhagie qui récidive quelque temps après. Entre dix-neuf et vingt ans, sensation, pendant quelques mois, de chaleur aux pieds, cuisante ; de là, l'idée de mettre ses jambes et ses pieds sous la fontaine d'un robinet, ce qui lui procurait du soulagement. En 1871, à l'âge de trente-cinq ans, apparition de douleurs fortes, déchirantes dans les pieds : *on dirait qu'on m'arrachait et qu'on me tordait les nerfs et la chair ;* en même temps, érections fréquentes, se répétant souvent dans la journée : *il me suffisait de sentir une femme auprès ou à côté de moi pour que l'érection me vînt ;* alors, et sans qu'il pensât au coït, il s'apercevait que quelque chose de *froid* le dérangeait au niveau des cuisses, se retirait de sa table de travail pour examiner l'endroit *mouillé ;* il y trouvait du sperme et, quelquefois, une petite quantité d'urine ; cette issue de sperme ne s'accompagnait ni de saccades expulsives ni de sensations voluptueuses. A d'autres moments, pendant la miction, il notait que l'urine était blan-

[1] Topinard. *De l'ataxie locomotrice.* Paris, 1864.

châtre, il croyait qu'il y avait du sperme mélangé à l'urine. Au bout de trois ans, les douleurs et les autres troubles des jambes disparaissaient presque totalement, au point que Beauf... se trouvait se porter régulièrement; seuls, les phénomènes génito-urinaires persistaient encore, bien qu'atténués.

Vingt ou trente jours après l'amélioration des douleurs, le malade est pris d'une sensation de chaleur intense aux mains et aux pieds, accompagnée d'une démangeaison presque intolérable aux régions palmaires et plantaires; il appellait sa bonne pour lui chatouiller et même gratter pendant un ou deux quarts d'heure les mêmes régions, il découvrait ses membres et en appliquait les extrémités sur les endroits frais et froids entourant son lit. Ces phénomènes étaient surtout marqués la nuit. Déjà, à cette époque (1873), ses jambes commencent à *sauter* quand il est couché.

A peu près en 1875, alors que Beauf... devait se baisser pour ramasser un objet qui venait de tomber à terre, le mouvement de flexion des membres inférieurs commençait comme chez une personne à l'état sain; mais, une fois arrivé à mi-chemin, le mouvement se précipitait, se hâtait presque toujours et se terminait rapidement jusqu'à ce que le malade se trouvât, pour ainsi dire, accroupi et qu'il pût toucher son objet. Parfois cette précipitation du mouvement était plus rapide encore, l'abaissement était vraiment brusque et le malade tombait lui-même à terre à côté de l'objet qu'il allait prendre. Un an après, à l'âge de quarante ans, il eut à la verge des excroissances dites *crêtes de coq*. Dans le courant de 1877 et de 1878, sa marche fut troublée et difficile au point qu'il faisait des zigzags comme une personne ivre, qu'il titubait même quelquefois; alors, quand il allait aux douches, il se faisait aider d'une personne qui lui donnait le bras. Il consulte M. le Dr Martin qui diagnostique l'*ataxie locomotrice progressive* et lui ordonne du seigle ergoté, de la strychnine et des bains sulfureux; un autre médecin lui supprime ces substances et lui prescrit le bromure de potassium et les douches.

Comme il était obligé de faire des courses et qu'il ne pouvait marcher qu'avec une grande difficulté, il prenait souvent une voiture; alors, sentiment de froid ou frisson, éblouissement, *scintillement* (vocable du malade) des yeux; en plus le cœur s'en allait, il perdait la connaissance de soi-même et avait une sensation vertigineuse, et s'imaginait mourir; cela lui causait de vives appréhensions.

Les désordres de la marche diminuent rapidement — en une vingtaine de jours — après avoir duré environ treize mois; le malade peut, au bout de huit jours, faire, sans s'asseoir pour se reposer, le trajet entre la maison Pascal et la rue d'Aboukir; pour cela une heure et un quart. En même temps que la démarche s'améliorait, les douleurs déchirantes revenaient dans les jambes et les pieds, comme au début, mais plus durables et provoquant un cri plus long, en sorte que, quand les sensations de torsion, de déchirure se rapprochaient les unes des autres, deux cris se touchaient et, pour ainsi dire, se confondaient. Ces douleurs retentissaient *comme un écho,* dans les genoux. A cette époque, apparition de plaques de vitiligo aux mains, au scrotum et à la verge. En plus, quelques perturbations nouvelles se présentent : envies fréquentes d'aller à la garde-robe, si fréquentes que le malade n'en doit pas ajourner le moment; il ne reconnaît

pas que les matières viennent de franchir le sphincter. La nuit, il se réveille assez souvent souillé de déjections alvines, échappées inconsciemment pendant le sommeil. A partir de ce moment, il ne peut rester assis s'il ne se sent appuyé par ses pieds contre le sol, par ses coudes sur la table, etc.; autrement il aurait perdu son équilibre, car il lui semblait être assis sur plusieurs *boules gonflées qui roulaient au moindre caprice et allaient s'échapper*.

Le 27 octobre 1880, à l'âge de quarante ans, admis dans la salle Saint-Jean, service de M. le Dr Ollivier, à Necker; le malade y est mis à l'usage de la strychnine, du chloral, on lui applique des pointes de feu, etc. Quelques jours plus tard, éruption de papules aux bras, aux épaules, au niveau desquelles elles poussaient comme si on les avait dessinées au pinceau ; pas de fièvre, ni de vomissements, ni de douleurs; durée, huit jours. Diminution des selles diarrhéiques. Les douleurs des membres pelviens sont très fortes et on lui fait des piqûres de morphine. Le malade commence à se servir tantôt d'une canne et d'une béquille, tantôt de deux béquilles. A ce moment, des malades lui disent qu'à l'Hôtel-Dieu le salicylate de sodium est employé avec bons résultats contre les douleurs. Notre malade ne songe qu'à venir dans cet hôpital, où il est reçu quelques jours après, salle Saint-Christophe, service de M. le professeur Sée ; ceci se passe en janvier 1881. En effet, on lui prescrit le salicylate, des piqûres de morphine et des bains sulfureux. M. Talamon constate un retard dans les sensations, une modification du sens musculaire et un peu *d'exagération* des réflexes rotuliens. Le malade est irritable, énervé et nous a déclaré que l'infirmier qui lui faisait les injections prenait de l'eau chaude pour remplir la seringue. Les selles diarrhéiques cessent. En mars, Beauf... est admis salle Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier, où le diagnostic d'ataxie locomotrice est confirmé ; administration d'iodure de potassium, de pilules d'hydrargyre et de pilules de nitrate d'argent. Il souffrait alors des *douleurs en torsion, en arrachement et en tiraillement* aux membres abdominaux ; deux injections de morphine par jour.

A la fin de juin, des phénomènes d'un autre ordre se présentent : le malade se plaint au médecin qu'un de ses compagnons — celui qui était en face, auquel on faisait aussi des piqûres de morphine — jette de la morphine sur les rideaux et les couvertures de son lit ; le lendemain, il se plaint que son voisin d'à côté, ayant un chancre à la verge, l'avait pris de force, la nuit, pour se livrer à un pseudo-coït. En même temps il accuse les malades et l'infirmier de se moquer de lui. De plus, il voit les objets *colorés en violet* : les lits, les draps et même *les gouttes de morphine* qu'il *reçoit* sur sa figure et ses bras. Un jour, vers 7 heures du soir, quand le gardien de nuit se substitue à celui de jour, le malade croit que ce dernier avait été renvoyé pour lui avoir fait des misères et des taquineries et qu'il lui adresse, en partant, des paroles grossières et même des menaces ; il croit enfin que le gardien s'est brûlé la cervelle dans une des cours de Saint-Louis. C'est pendant son séjour dans cet hôpital que ses dents, qui n'étaient pas gâtées ou qui l'étaient à peine, commencent à branler. Constipation opiniâtre réclamant des lavements purgatifs.

Toutes ces manifestations délirantes se continuant les jours suivants

avec une tendance à augmenter, Beauf... fut transféré à l'asile Sainte-Anne, service de M. le Dr Magnan. Il y est mis dans une chambre à part, où il s'agite, il se cogne, il ne reste pas sur son lit, se cache sous celui-ci, se débat contre les gardiens qui le tiennent, parle de morphine et répond à des questions que lui adressent des êtres imaginaires, dont il a peur. Placé dans une autre chambre, dans le plancher de laquelle on a disposé des matelas et où il n'y a pas de lit, il n'est pas moins agité et, de plus, *voit* et *sent* des vapeurs de soufre brûlé qui l'étouffent, il *voit* de la *morphine tomber des jointures du plafond.* Les selles diarrhéiques reviennent, le malade s'aperçoit qu'elles vont s'échapper et qu'il ne peut pas les retenir. Le 11 juillet, 12 jours après son arrivée à Sainte-Anne, Beauf... est transféré à l'asile de Vaucluse; il est assez calme pendant le parcours en voiture, car il croyait qu'on l'emmenait dans le département de l'Ain voir sa tante, très riche. C'est le moment de noter que, dès le commencement de son délire, il s'imaginait appartenir à une des familles nobles de France et être un des cousins de M. le comte de B...; il prétendait qu'on devait avoir beaucoup d'égards pour lui et lui rendre même quelques hommages.

A Vaucluse, il est placé dans le quartier des gâteux, où son agitation redevient aussi prononcée et même plus prononcée qu'à Sainte-Anne; il adresse aux gardiens des insultes et des menaces se traduisant quelquefois par des violences; il croit que les autres malades le regardent avec une persistance inconvenante et s'entretiennent de sa personne. Beauf... les fixe fortement, *les endort*, ce qui suffisait pour faire *disparaître* ces impertinents. Le soir, entre sept et huit heures, quand on faisait monter au premier les malades qui y couchaient, il se figurait que c'était les internes de Saint-Louis ou de Sainte-Anne qui allaient se placer au-dessus du plafond de la salle où il se trouve, pour peser sur le plancher du premier correspondant à ladite salle, afin de le faire écrouler sur lui pour l'écraser; qu'on avait mis exprès, soit dans l'une des chambres des internes, soit dans celle du gardien, des machines électriques qui lui causaient des douleurs plus ou moins vives au tronc (douleurs en ceinture) et aux membres. Alors, il se lève, écarte son lit du mur, le remue pour déranger le contact des fils conducteurs et interrompre ainsi le courant; il crie : *Assez, assez, les assassins! C'est comme ça qu'on me remercie des n... francs que je vous ai prêtés!* Un peu plus tard, en entendant le sifflet d'une des locomotives qui constamment passent à courte distance de l'asile, il est persuadé qu'il s'agit d'un bateau-mouche et croit voir *la Seine* en dehors et à côté des murs du quartier, casse quelques carreaux pour se jeter à la nage dans le fleuve, crie au secours, mais à ce moment il est retenu par des gardiens qui lui appliquent les attaches des bras et des mains. La nuit, un des gardiens, qui revenait de la fête du 14 juillet, ne pouvant pas dormir dans sa chambre voisine du lit du malade, s'impatiente et se livre à des violences sur la personne du malade en lui appliquant des coups de poing et de genoux; ce ne serait du reste pas la première fois qu'il était maltraité. Nous ne savons pas si cette accusation est fondée.

Le lendemain, Beauf... fait de nouveau allusion à *la Seine*, dit la voir, se lève de son lit, court sans béquille, sort dans la cour, fait une dizaine de mètres en criant qu'il va se jeter à l'eau, et s'affaisse. Il lui semble que ses

pieds marchent sur du caoutchouc gonflé qui le soulevait et l'aidait à marcher : *J'étais presque aussi léger qu'une plume.* Le malade est conduit dans son dortoir et surveillé tous les instants par deux des gardiens qui ne le quittent plus. A d'autres moments, dès qu'il voyait les escaliers en arcades faisant communiquer les quartiers entre eux, il croyait voir les ponts de la Seine et accusait le monde d'avoir massacré ses parents et de les avoir jetés ensuite dans l'eau.

Les jours suivants, ces perturbations et manifestations délirantes s'apaisent graduellement, le malade a un peu plus de sommeil, son calme commence à réapparaître et, le 23 juillet environ, il a repris sa connaissance et une bonne partie de son jugement. Les premières semaines qui suivirent la terminaison de son délire, le souvenir qu'il en garde n'est pas précis, car il lui paraît sortir d'un rêve, nous a-t-il affirmé. Ce n'est qu'au bout de quelques mois et après avoir réfléchi à tous les événements qu'on lui attribue et qu'il entrevoit, que Beauf... a fini par se convaincre qu'il venait de traverser une crise très sérieuse dans son existence.

Les forces reviennent en partie, il peut marcher en se servant de béquilles; en mars 1882, il se sert d'une canne et d'une béquille qui soutient le côté droit, le moins fort. A cette époque, il accuse une sensation de froid assez vive, accompagnée de frissonnements, pour qu'il demande à se coucher, ce qui constituait la meilleure façon de se réchauffer. Les douleurs fulgurantes, en particulier les douleurs en ceinture, disparaissent presque complètement durant presque cinq ans, c'est-à-dire qu'elles ne sont de nouveau intenses qu'au commencement de 1886.

De 1884 à 1886, Beauf... est pris d'une *diarrhée continuelle allant parfois jusqu'à dix garde-robes* par jour ; elles étaient précédées d'une certaine envie inconstante et capricieuse, toujours pressantes et presque toujours plus nombreuses le matin. Cette diarrhée n'existe plus aujourd'hui, mais les garde-robes sont précédées d'une longue envie.

État actuel. (Novembre 1887.) *Sensibilité.* — Les frôlements de la surface cutanée, surtout sur le dos et les membres inférieurs, sont évités par le malade qui les trouve quelque peu désagréables. Si l'on pince ou si l'on pique la peau des membres inférieurs, on attend jusqu'à 4 secondes avant qu'il accuse les sensations correspondantes; ce retard est moins marqué dans les autres parties du corps. Le malade apprécie mal les pincements des membres, en ce sens qu'il s'abuse sur les endroits excités d'où part l'impression.

Chatouillement des plantes des pieds et réflexe crémastérien abolis; réflexe tendineux du genou et du tendon d'Achile absent. Signe de Romberg et signe d'Argyll-Vincent très nets. Sensation de boules gonflées entre les fesses et la chaise sur laquelle il s'asseoit; ces boules *roulent* quelquefois en lui rendant sa *position un peu incertaine.* Quand le malade est assis sur une chaise, les plantes des pieds sur le plancher, il n'est sûr de soi-même qu'après avoir regardé la position de ses pieds, qu'il tienne ou qu'il ne tienne pas ses coudes appuyés sur une table voisine. Sensation de velours, quand il pose ses pieds par terre. Diminution prononcée du sens musculaire. Crise de douleurs fulgurantes plus fortes dans les membres, plus dans les membres pelviens que dans les thoraciques ; elles sont séparées

les unes des autres par des intervalles plus courts en hiver ou par les temps humides, que dans les conditions opposées; le malade les accuse même dans le périnée et les organes génitaux externes, où ces douleurs sont plus supportables et dont les fonctions sont bien affaiblies. Douleurs térébrantes dans les genoux, quelquefois dans les hanches et les jointures des pieds, elles font souffrir énormément le malade. De temps en temps, quelques embrouillements d'estomac suivis par moments de nausées; des douleurs lancinantes à l'intérieur des yeux, s'irradiant du côté des tempes. Hyperesthésie dorsale; sensibilité émoussée des mains et des faces palmaires des avant-bras.

Force musculaire des membres, qui sont amaigris, notablement diminuée; leurs mouvements d'abduction, de flexion, d'extension, de supination conservés, bien que, à certains moments, ils manquent de précision. Le malade jette ses pieds et ses jambes, il talonne et, pour marcher avec quelque confiance, il se sert d'une canne ou d'un bâton. Luxe des mouvements des mains et des doigts quand il prend un objet, phénomène signalé par M. Charcot. Strabisme interne de l'œil droit s'accentuant pendant les crises douloureuses. Secousses générales des membres et du tronc, quand le malade est couché; on les voit soulever les draps du lit; ces secousses se montrent aussi, le malade assis, aux membres inférieurs, quoique les réflexes rotuliens soient absents ou presque absents.

Pas d'arthropathie; pas d'atrophie notable de la langue, bien que la parole soit un peu embarrassée. Chute de quelques dents. Fonctions digestives à peu près conservées; appétit irrégulier. Désirs sexuels presque disparus (anaphrodisie). Un peu d'amnésie. Physionomie exprimant la souffrance et un découragement résigné.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les phénomènes morbides présentés par Beauf... et notés ci-dessus pour affirmer que nous nous trouvons en face d'un homme qui a été atteint depuis fort longtemps d'ataxie locomotrice progressive, compliquée de certaines altérations cérébrales et d'accidents mentaux correspondants. Les premiers phénomènes tabétiques remontent très probablement à l'année 1857, au moment où il commença à éprouver une chaleur si cuisante aux pieds qu'il était presque obligé de les plonger dans l'eau froide; Beauf... avait alors vingt et un ans, ce qui veut dire que c'est là un tabes ataxique précoce.

Or, le malade ne connaissant pas tous ses parents et M. le professeur Charcot ayant montré par un assez grand nombre de faits que les ataxiques précoces comptent très souvent, parmi leurs ascendants directs, un ataxique ou un paralytique général, nous avons, jusqu'à un certain point, le droit de considérer comme assez probable l'existence, chez un des proches parents de Beauf..., d'une des deux maladies dont nous venons de parler. De plus, sa grand'mère était *au moins* alcoolique; au moins, disons-nous,

car, d'après les renseignements du malade, il est probable qu'elle fut une dipsomane; si cela était, nous aurions un bon contingent héréditaire.

En décrivant les nombreux symptômes dus à *l'altération des diverses sortes de sensibilité*, nous avons dit que Beauf... avait eu des selles diarrhéiques, soit dans le commencement de la maladie, soit dernièrement, en pleine période d'ataxie; ces selles diarrhéiques se sont montrées par accès et peuvent, pensons-nous, être rapprochées de celles qu'on voit souvent dans le cours de la maladie de Basedow. « Ce qui rapproche les deux affections » dit M. Charcot, à propos des crises gastriques tabétiques et des crises diarrhéiques de la Basedow, « c'est leur apparition sous forme de crises, dont le début s'accuse tout à coup, inopinément et dont la terminaison également soudaine est suivie, sans transition, du retour à l'état normal [1]. » Beauf... a eu les crises gastriques, c'est-à-dire des vomissements accompagnés de douleurs abdominales et dorsales, et les crises diarrhéiques beaucoup moins fréquentes que les premières crises gastriques. Cette particularité rapproche l'ataxie locomotrice, qui est une maladie avec lésions matérielles, de la maladie de Basedow. bien qu'elles soient très éloignées l'une de l'autre au point de vue du substratum anatomique.

Parmi les troubles moteurs décrits, on se rappellera les tressaillements des membres pelviens, quelquefois assez forts pour soulever les couvertures du lit du malade et les secousses, plus rares que les tressaillements, des mêmes membres; ces secousses, qui se montrent quand le malade est assis, sont, soit spontanées, soit consécutives à la percussion du tendon rotulien; ces dernières ne se montrent qu'à certains moments. Comment interpréter ces phénomènes qui ne rentrent pas dans le tableau ordinaire et classique de la sclérose fasciculée postérieure?

Il se peut que les lésions interstitielles et granuleuses qui aboutissent à l'atrophie des éléments nerveux (fibres nerveuses principalement) aient dépassé les limites externes des cordons postérieurs de la moelle épinière, surtout des zones radiculaires de Charcot et Pierret, qu'elles se soient étendues jusque dans les faisceaux latéraux; il s'agirait ici du début d'une de ces scléroses, encore à l'étude et où il y a des points obscurs à élucider, dont les premiers exemples remontent au Mémoire de Friedreich, en 1862,

[1] *Policlinique du mardi,* 10 avril 1888, Paris, p. 324.

et dont se sont occupés, dans ces douze dernières années, Westphal, qui en donna un travail assez complet en 1878, Prévost, M. le professeur Charcot, MM. Raymond et Arthaud, Ballet et Minor, Kahler et Pick, Vulpian et Déjerine, le professeur Grasset et d'autres. Autrement, on aurait affaire ici à un cas de *myélite mixte*, de tabes classique combiné, dans lequel les lésions et le tableau clinique du tabes dorsalis (1) tiennent la première place, tandis que les lésions plus ou moins diffuses et périphériques des cordons latéraux dénoncées par les secousses, les tressaillements et un peu de faiblesse sont peu accusées et un peu masquées par les phénomènes précédents ; la lésion « est systématisée dans les cordons postérieurs et diffuse dans les cordons latéraux » (Grasset)(2). Et on peut accepter aujourd'hui avec M. le docteur Déjerine comme sclérose combinée de la moelle épinière « la sclérose systématique des cordons postérieurs, compliquée de sclérose diffuse des cordons latéraux, dont la symptomatologie peut être résumée en quelques mots : c'est celle du tabes associée à celle de la paraplégie » (3).

Le point sur lequel nous attirons l'attention d'une façon particulière a trait aux hallucinations et illusions qui sont survenues dans la symptomatologie du tabes pour en compliquer la marche. Beauf... eut des hallucinations de la vue (Seine à côté de l'asile, bateaux-mouches), de l'ouïe (menaces des infirmiers, bruit de machines électriques), de l'odorat (odeur de soufre, de chiffons brûlés), du goût (viandes et légumes altérés), de la sensibilité cutanée (piqûres et coups), *du sens musculaire* (il se sentait jeté à travers une fenêtre, etc.). Ces hallucinations ont amené les troubles mentaux qui constituèrent l'agitation maniaque et ont

(1) Dernièrement M. C. Jendrassik vient d'émettre (*Deutsche Arch. für klin. Med. XLIII*) sur la pathogénie et le siège de la maladie de Duchenne une théorie dont nous ne saurions prévoir le sort ultérieur. L'auteur prétend que la plupart des symptômes du tabes dorsalis sont bien plus imputables à des lésions de l'écorce cérébrale (circonvolutions postérieures et inférieures surtout) qu'à des lésions des cordons postérieurs de la moelle épinière ; ces derniers ne seraient altérés que par l'existence d'une dégénérescence descendante due aux altérations de l'écorce cérébrale. Pour plus de renseignements, voir p. 166 du *Progrès médical* du 2 mars 1889, où notre ami le docteur Marie, agrégé de la Faculté, a donné une analyse assez détaillée des vues de M. Jendrassik.

(2) J. Grasset. Du tabes combiné (ataxo-spasmodique) ou sclérose postéro-latérale de la moelle. *Archives de Neurologie*, nos de mars, mai, juillet 1886, Paris. Dans ce mémoire, on trouve une description détaillée des symptômes des *myélites mixtes*, la discussion de leurs causes et de leur substratum anatomique ; l'historique en est complet jusqu'en juillet 1886.

(3) Déjerine. Scléroses combinées de la moelle épinière. *Semaine médicale*, 5 mai 1886, p. 182, Paris.

suscité toutes les idées délirantes qui tourmentèrent notre malade; cette agitation fit sa première apparition en février 1881, pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, et n'est devenue nette qu'en juin, alors qu'il était chez M. le professeur Fournier, à Saint-Louis. Ensuite, nous savons ce qui arriva, notamment à l'asile de Vaucluse, où les idées de persécution et de grandeur dominaient l'acte morbide. Une fois que ces idées délirantes passèrent, Beauf... est resté pendant assez longtemps amnésique, perturbation qui s'est dissipée en grande partie et en quelques jours.

Tout délirant qu'il fût, Beauf... n'a jamais cessé, croyons-nous, de rester dans la suite un tabétique et ses idées et accès maniaques n'ont pas entravé la marche ni l'évolution de sa maladie principale. Il présente actuellement (octobre 1888) un affaiblissement intellectuel assez notable.

Ce malade, qui est toujours à Vaucluse, nous ne le perdrons pas de vue, afin d'avoir sa nécroscopie qui présentera un assez grand intérêt et quant à ses lésions médullaires et quant à celles des circonvolutions encéphaliques. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — La parole est à M. Laufenauer pour la lecture de sa communication.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE

DU BROMIDE DE RUBIDIUM-AMMONIUM

M. le Dr Ch. Laufenauer, *professeur de l'Université de Buda-Pesth (Hongrie)*. — Les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium sont les plus connus et les plus usités parmi les bromides alcalins. Nous les employons dans de nombreuses maladies du système nerveux central, et même quelquefois avec un excellent résultat. Pour ne mentionner qu'une de ces affections, je dirai que, parmi les remèdes ordonnés contre l'épilepsie héréditaire ou l'épilepsie accidentelle, il n'y en a pas un seul qui puisse rivaliser avec les bromures alcalins. Bien que nous essayions aussi d'autres médicaments, cependant, dans des cas graves et pressants, nous ne tardons pas à recourir aux préparations bromurées, dont l'effet est certain. En présence de cet état de choses, je me demandai, il y a deux ans, si l'on ne pourrait pas essayer de faire des combinaisons avec quelques-uns des autres métaux de la série des bromures alcalins, afin d'établir que ces derniers valent autant que les bromures de potassium, de sodium et d'am-

monium ou qu'ils sont d'égale valeur au point de vue de leur efficacité.

Je communiquai mon plan à ce sujet à M. Géza de Karlovszky, préparateur au laboratoire de chimie de notre ville, lequel mit volontiers à ma disposition ses connaissances spéciales en chimie. Nous échangeâmes nos réflexions, dont voici à peu près le sens : on sait que l'action du bromure de potassium est beaucoup plus énergique que celle du bromure de sodium, et que celle de ce dernier est à son tour plus considérable que celle du bromure de lithium. Si maintenant nous considérons que des trois métaux, cités plus haut, le potassium est chimiquement l'élément le plus positif, le lithium le moins positif ; qu'en outre le poids atomique du potassium est de son côté plus élevé (39,04) que celui du lithium (7,01), il semble que l'efficacité de ces bromures doit être en rapport direct avec la positivité et le poids atomique de leurs métaux. Après ces considérations, nous devions arriver *a priori* à cette conclusion vraisemblable, à savoir que l'effet thérapeutique d'un bromure alcalin, dans lequel le métal alcalin a une positivité plus grande et un poids atomique plus élevé que le potassium, sera par suite plus puissant que l'effet du bromure de potassium. Nous ne disposons que de deux métaux de cette espèce : le rubidium (P. A. = 85,2) et le cæsium (P. A. = 132,5).

Je ne sache pas qu'aucun de ces deux métaux ait été employé à des usages thérapeutiques ; probablement parce que, d'une part, ils n'ont été découverts que tout récemment par l'analyse spectrale, et que, d'autre part, ils sont peut-être d'un prix trop élevé.

M. de Karlovszky prépara lui-même, dans le laboratoire de M. le professeur Than, le bromure de rubidium, à l'aide de rubidium aluminé, que l'on trouve dans le commerce. Dans l'automne de l'année 1887, je reçus 35 gr. de cette préparation. J'en voulus déterminer l'effet par voie purement empirique, en omettant les expériences sur les animaux, que je jugeai superflues, et je l'administrai à I. E..., un garçon de quatorze ans, qui était épileptique et qui avait été reçu dans mon service, le 18 septembre 1887. J'observai le malade pendant dix jours ; en moyenne il avait journellement deux et même trois attaques typiques d'épilepsie. Au bout de ce temps, nous commençâmes à donner le bromure de rubidium. J'en donnais au début 5 décigr. par jour, et, quelques jours plus tard, j'augmentai graduellement la dose de 5 autres décigr. Lorsque j'eus atteint la dose de 2 gr. par jour et que je l'eus administrée pendant plusieurs

jours de suite, la quantité se trouva épuisée. Pendant ce temps, je ne pus constater aucun effet du bromure de rubidium sur les attaques épileptiques du malade, ce que je dois manifestement attribuer aux petites doses, à l'usage peu prolongé du remède, ainsi qu'à l'extrême gravité du cas dont souffrait mon malade.

Le bromure de rubidium est très cher; sa préparation par le rubidium-aluminé est accompagnée d'une perte considérable de matière : impossible de l'obtenir pur, il est toujours mélangé de bromure d'ammonium, et comme ce dernier a des effets analogues, M. de Karlovszky, m'engagea à ne plus employer, dans mes autres essais, le bromure de rubidium pur, mais à faire usage de son mélange avec le bromure d'ammonium qui s'obtient directement par la séparation. Ce corps, qui est plutôt un mélange de sels qu'un sel double, peut être nommé bromide de rubidium-ammonium. C'est une poudre cristallisée, blanche ou un peu jaunâtre. Le goût en est d'abord frais et puis salé. Elle est soluble dans l'eau à égalité de poids. Elle ne renferme pas d'eau de cristallisation. Placée sur du fil de platine que l'on tient au-dessus d'une flamme incolore, elle rougit cette dernière, qui paraît rouge foncé à travers le verre de cobalt. Chauffée dans une éprouvette sèche, elle se volatilise en partie et forme un précipité blanc. Chauffée dans une solution de soude, elle produit de l'ammoniaque. Si on en agite la solution aqueuse, mélangée d'un peu d'eau de chlore et de chloroforme, ce dernier se colore en jaune rougeâtre. La composition du corps est : $RbBr^3$ (NH^4Br), c'est-à-dire, une molécule de bromide de rubidium et trois molécules de bromide d'ammonium. Dans un poids de 100 gr., il y a par conséquent, 36 gr. de bromide de rubidium et 64 gr. de bromure d'ammonium.

M. de Karlovszky prépara au laboratoire 400 gr. de ce remède. Sur son conseil, j'en fis venir plus tard un kilogr. de chez Kahlbaum de Berlin, afin d'en avoir une quantité suffisante pour de plus nombreuses expériences.

Il va de soi que dans toute ma manière de procéder, j'étudiais ce remède surtout dans les états épileptiques, sauf l'hystéro-épilepsie, les bromides alcalins s'étant montrés inefficaces dans cette maladie fonctionnelle.

J'ajouterai de plus que j'évitais toute circonstance secondaire perturbatrice qui aurait pu me conduire à des conclusions erronées, ce qui de nos jours est souvent négligé dans la recherche de remèdes nouveaux, recherche légitime, bien qu'un peu fié-

vreuse. Et sur ce point je ne perdais pas de vue que, pour ce qui concerne l'apparition des attaques, l'épilepsie est une maladie pleine d'imprévu, qui non seulement se montre chez chaque individu à intervalles différents, mais qui, chez le même malade, change constamment de type. Les attaques peuvent augmenter et diminuer sans aucun motif, ·ou bien s'arrêter complètement pendant un temps tantôt plus long, tantôt moins long, parfois pendant huit à neuf ans chez les enfants. Je viens de parler de type : cette expression est inexacte, parce que l'épilepsie n'a point de type, quant à l'apparition. Depuis des années je note et fais noter les attaques des épileptiques ; mais, dans aucun cas, je ne réussis à découvrir un système ou une règle fixant le moment de l'apparition ou le nombre des attaques ; en parlant du nombre des attaques, nous ne pouvons qu'en indiquer la moyenne.

Je dois cependant faire remarquer que, dans des cas rares, les attaques épileptiques des hystériques ont un type d'apparition, et ce type est si exact qu'il indique le mois, le jour et même l'heure et la minute ; ce dont j'ai eu la preuve en observant la marche de la maladie chez une de mes clientes particulières que je soigne encore en ce moment.

Lorsque je fais des expériences avec des remèdes nouveaux, je considère, comme se prêtant à mon but, les épileptiques chez lesquels j'ai observé pendant un temps assez long des attaques presque journalières, et le fait répond complètement à mes intentions, quand, après avoir cessé le remède en question, les attaques reprennent leur ancien caractère, c'est-à-dire qu'elles paraissent de nouveau très fréquemment. S'il arrive que chez un tel malade il se produit, pendant l'emploi du remède, un arrêt complet ou une diminution sensible des attaques, j'en puis conclure que c'est l'effet du remède et non un arrêt accidentel. Il est vrai qu'au point de vue thérapeutique expérimental, ces cas sont très convaincants ; mais sous le rapport thérapeutique, ils ne sont pas probants, parce que ces cas, étant au nombre des plus graves, ne permettent pas d'étudier le remède dans son effet calmant, ou, pour parler plus exactement, dans son effet curatif de l'épilepsie ; un remède cependant ferait exception, c'est le remède idéal, inconnu jusqu'à présent, qui guérirait l'épilepsie complètement et sûrement. Pour éviter les hypothèses inutiles, je serais presque obligé de revenir maintenant au seul point d'appui thérapeutique rationnel, c'est-à-dire à la nature anatomo-pathologique de l'épilepsie. Je m'en abstiens à dessein, car je m'éloigne-

rais considérablement du but que je me suis proposé. Je me bornerai à une seule remarque, que j'ai déjà faite, il y a quelques années, à savoir que nous connaissons encore fort peu la nature anatomo-pathologique de l'épilepsie. Ce n'est pas l'épilepsie qui en est cause, c'est nous-mêmes ; car les observations sur ce sujet, contenues dans les livres, ne traitent que fort rarement des recherches microscopiques ; bien que chacun puisse se convaincre aisément que le microscope met au jour les découvertes les plus intéressantes, lors même que l'examen macroscopique ne donne aucun résultat.

Je reviens à la description de ma méthode expérimentale. J'employai le bromide de rubidium-ammonium de la manière suivante : il y avait des malades auxquels, après les avoir observés plus ou moins longtemps, j'administrai, pendant un certain temps, purement et simplement le remède. Mais il y en avait d'autres chez lesquels je voulus déterminer l'effet du remède par voie comparative en procédant comme il suit :

Pendant 15 jours, je donnais au malade 90 gr. de bromide de potassium ; ensuite pendant quinze autres jours, 90 gr. de bromide de rubidium-ammonium ; après cela je lui donnais une seconde fois, pendant 15 jours, la même quantité de bromure de potassium et finalement, de nouveau pendant 15 jours, un mélange de bromure qui, sur 90 gr., contient 30 gr. de bromure de potassium, 30 gr. de bromure de sodium et 30 gr. de bromure d'ammonium. Supposant que l'état du malade répondait à l'expérience, je comparais le nombre, la forme et la durée des quatre séries d'attaques. Parfois j'intervertissais l'ordre des remèdes, en sorte que le bromide de rubidium-ammonium était administré le premier et le bromure de potassium le dernier. Il est bien naturel qu'avec une telle méthode, nous n'obtenions qu'un effet relatif et non absolu. Je ne me vanterai pas non plus d'avoir acquis, pendant ce temps, un remède absolu, pas même dans un seul des cas où le doute est impossible, bien que j'eusse des malades apparemment guéris.

En faisant mes expériences à différents points de vue — je les indiquerai plus loin — j'employai le remède chez vingt-deux personnes.

Sur ces 22 cas, il y avait 12 psychoses épileptiques, 5 épilepsies simples, 2 cas d'hystérie, un cas de syphilis du cerveau, un de tabes et un individu d'essai.

Chez 13 épileptiques l'effet se montra complètement relatif, c'est-à-dire que le nombre des attaques ne fut ni plus grand ni moindre que pendant l'usage des deux autres préparations de bromure.

Chez 3 personnes l'effet fut peu sensible, et nul chez un individu.

J'employai dans ces expériences la méthode comparative qui me paraissait la plus sûre et la plus pure.

Voyons maintenant le détail des résultats dans quelques-uns des cas :

Observation I

S. St.., horloger de vingt-cinq ans, non marié, fut reçu dans le quartier d'observation le 20 février de l'année 1887.

Diagnostic : psychose épileptique. Huit ans auparavant il avait eu la première attaque d'épilepsie. Depuis, il souffre d'attaques quotidiennes qui souvent ne se manifestent que par un vertige de quelques secondes. Ce qu'il affirme à cet égard confirme l'observation, car il n'est pas un seul jour sans attaque.

a) Du 1er au 15 mars, il prit en tout 64 gr. de bromure de potassium (du 1er au 12 mars 2 + 2, et du 12 au 15 mars 2 + 3 gr. par jour). Les attaques, au nombre de 16 et d'une durée de 3 secondes, étaient accompagnées de salivation et de perte de connaissance.

b) Du 16 au 30 mars, par conséquent pendant 15 jours, il prit en tout 82 gr. de bromide de rubidium-ammonium (le 16 mars 2 + 2, du 17 au 22, 2 + 3, et du 23 au 30, 3 + 3 gr. par jour). Les attaques furent au nombre de 8 ; elles se produisirent sous forme de vertige qui durait plusieurs secondes, avec perte de la mémoire ; le malade ne tombait pas.

c) Du 31 mars jusqu'au 14 avril, par conséquent pendant 15 jours, il prit en tout 102 gr. de bromure de potassium et 9 gr. d'hydrate de chloral (du 31 mars au 8 avril 3 + 3, et du 9 au 14 avril 4 + 4 de bromure de potassium + 1 gr. 5 d'hydrate de chloral par jour). Il avait des vertiges plus ou moins forts avec des mouvements convulsifs ; il tombait et perdait connaissance.

d) Du 16 au 30 avril, c'est-à-dire pendant 15 jours, il prit en tout 90 gr. de bromure de potassium, de bromure de sodium et de bromure d'ammonium (3 + 3 gr. par jour) dans la proportion de 30 + 30 + 30 ; les attaques furent au nombre de 30 ; leur caractère comme plus haut (*c*).

Observation V

J. Gy.., journalière, âgée de vingt-quatre ans, mariée. Elle fut reçue au quartier d'observation le 22 janvier 1889. Quatre ans auparavant, elle avait eu, en couches, des vertiges. Au bout de l'année, elle fut atteinte de fortes attaques convulsives. Depuis, elle présente les deux.

Diagnostic : psychose épileptique. Journellement 3 et même 4 attaques, surtout la nuit où elle pousse des cris.

a) Du 1er au 16 mars, c'est-à-dire pendant 15 jours, la malade prit en tout 90 gr. de bromure de potassium (3 + 3 gr. par jour). Nombre des attaques : 30. De fortes et fréquentes attaques convulsives avec perte complète de la connaissance.

b) Du 16 au 30 mars, c'est-à-dire pendant 15 jours, elle prit en tout 98 gr. de bromide de rubidium-ammonium, (du 16 au 22 mars 3 + 3, et du 23 au 30 mars 4 + 4 gr. par jour). Nombre des attaques : 12. Durée des attaques convulsives : 20 secondes.

c) Du 31 mars au 14 avril, c'est-à-dire pendant 15 jours, elle prit en tout 120 gr. de bromure de potassium (4 + 4 par jour). Nombre des attaques : 46. Elle avait tantôt des attaques convulsives, tantôt des attaques moins fortes : dans ces dernières, elle poussait de grands cris.

d) Du 15 au 29 avril, pendant 15 jours, elle prit 120 gr. de bromure de potassium, de bromure de sodium et de bromure d'ammonium (4 + 4 gr. par jour). Nombre des attaques : 33. Qualité des attaques comme en *c*. Point d'attaques convulsives.

Observation XIV

A. N..., jeune fille de quatorze ans. (Consultation clinique.)

Diagnostic : épileptoïde. D'après ce qu'elle dit elle-même, elle souffre depuis quelques semaines d'accès d'évanouissement ; les traits deviennent rigides, la salive lui coule de la bouche, les extrémités se raidissent. Les accès provoquent des battements de cœur et de violentes pulsations dans les tempes.

Le 24 avril, elle prit 2 + 3 gr. de bromide de rubidium-ammonium. Même thérapie le 8 mai. Après avoir eu journellement 5 attaques, elle n'eut plus que deux fois du vertige, depuis qu'elle prenait le bromide de rubidium-ammonium, c'est-à-dire depuis 14 jours.

Observation XVII

M. N..., musicien, non marié, vingt-un ans. Depuis l'âge de neuf ans, il souffre de vertiges et de fortes attaques convulsives nettement accusées. Le malade se présenta à l'une de mes consultations particulières.

Diagnostic : épilepsie. Il prenait depuis un assez longtemps 6 gr. de bromure alcalin et 1 centigr. de belladone. Plus tard, il eut journellement du vertige ou bien des attaques convulsives, avec perte de connaissance de la durée d'une demi-heure. Parfois il y avait un arrêt pendant 3 à 4 jours sans cause particulière. Je lui donnai pendant deux semaines 6 gr. de bromide de rubidium-ammonium. Il ne se manifesta aucune différence dans le nombre et la qualité des attaques.

Réservant pour une autre occasion la communication plus détaillée de mes observations, je me bornerai aux remarques suivantes :

J'ai étudié l'effet anti-épileptique du bromide de rubidium-ammonium chez 17 malades. Ce nombre comprend presque toutes les variétés d'épilepsie, à savoir : la simple épilepsie convulsive; l'épilepsie accompagnée de vertige plus ou moins considérable ; la psychose épileptique et l'épilepsie sous forme d'équivalents maniaques. La dose quotidienne variait entre 4 à 7 gr. L'effet répondait généralement à celui des bromures alcalins ; nous savons que les préparations de bromures sont inefficaces dans certains cas d'épilepsie. Je ne puis cependant pas omettre de faire remarquer que dans certains cas d'épilepsie (voir les observations I et V), le bromure de rubidium déploya un effet certainement plus puissant et qu'il calmait mieux les attaques que les préparations de bromure que j'avais employées.

J'étudiai en outre l'effet sédatif-hypnotique du bromide de rubidium-ammonium. La dose administrée, le soir, était de 4 à 5 gr. Le résultat fut très satisfaisant ; mes malades qui souffraient d'insomnie tombaient aussitôt dans un sommeil d'une durée de 4 à 5 heures.

D'après mes expériences, peu nombreuses sans doute, faites dans ma clientèle privée, nous pouvons espérer que notre remède prouvera également son efficacité dans d'autres névroses.

Il est généralement admis que les bromures alcalins, connus jusqu'à ce jour, déploient leur effet de telle sorte que les éléments potassium, sodium, ammonium, etc., agissent sur le système des vaisseaux sanguins, et l'élément bromure directement sur le système nerveux central. D'après cette efficacité, nous pouvons nous attendre, par l'introduction plus grande du bromide de rubidium-ammonium, à une action plus énergique qu'avec le potassium, ce que mes observations semblent indiquer. Après 5 gr. de bromide de rubidium-ammonium, la respiration chez l'individu d'essai ne parut pas changée au bout de 30 minutes; la température s'était abaissée de 2° c. et le pouls amoindri de 4 battements. Quand je l'examinai une demi-heure plus tard, la respiration et le pouls étaient revenus à leur ancien état.

Je n'ai observé aucun accident secondaire par l'emploi de ce remède ; les modifications physiques qu'il provoque (diminution des réflexes, etc.) sont celles de toutes les préparations bromu-

rées. Je ne pus jamais constater qu'il l'emportât sur ces dernières, ce qui est dû vraisemblablement à la qualité des attaques. Le second jour après l'absorption du bromide de rubidium-ammonium (2 gr. par jour), on peut retrouver celui-ci dans l'urine par l'analyse spectrale, mais en petite quantité seulement; il paraît s'accumuler dans l'organisme ou s'arrêter ailleurs, l'élément de bromure étant éliminé dans une combinaison organique. Je dois ces données à l'amabilité de M. le professeur Plosz, qui me promet de continuer ses recherches à ce sujet.

Le mode d'administration du bromide de rubidium-ammonium ne diffère pas de celui des autres bromures métalliques. Le mieux c'est d'ajouter à la solution un sirop acidulé, p. ex., du sirop citrique ou d'écorce d'orange. Je recommande spécialement la formule suivante qui permet de prescrire le remède par doses de grammes :

R. Rubid. ammon.-bromat......................	6gr
Aqua distillata..........................	80
Sir. citrique............................	20

M. D. S. Chaque cuillerée à bouche contient 1 gr. de bromide de rub.-ammonium.

On peut également recommander l'ordonnance qui prescrit de prendre quelques gr. de la poudre dans de la citronade ou de l'orangeade. Les doses efficaces commencent à 2 gr. ; la plus grande quantité est de 5 gr. par dose ; 7 à 8 gr. journellement, davantage dans certains cas. Je ne recommanderai pas l'ordonnance en poudre ou pilules, la force dissolvante de l'estomac étant largement mise à contribution. Je ferai observer en même temps que le bromide de rubidium-ammonium se trouve à présent dans toutes les pharmacies de Buda-Pesth; le prix de fabrique d'un gr. est de 9 kreuzer ; le prix de pharmacie est sans doute plus élevé.

J'estime qu'un usage plus répandu fera certainement baisser le prix de cet excellent remède, dont il faut apprécier, outre l'effet pharmaco-dynamique, l'effet suggestif : chaque nouveau remède éveille chez le malade l'espoir de guérir, et par là active et stimule les centres psychomoteurs de l'écorce, action qui produit, en beaucoup de cas par transmission réflexe, la guérison ou du moins une amélioration.

Ce point vue, à défaut d'un autre, suffirait pour nous engager à faire l'essai de l'effet éventuel de ce remède.

En vous communiquant ces observations, Messieurs, je ne tiens pas pour terminées les recherches que je fais pour établir la thérapeutique de l'épilepsie. J'ai l'intention d'essayer, sur des animaux rendus épileptiques, l'effet de ce remède, ainsi que de quelques autres. Je profite de l'occasion pour déclarer que je me réserve dès maintenant le droit de priorité pour des recherches analogues à l'aide du bromure de cæsium. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — La parole est à M. G. Lemoine pour la lecture d'un mémoire fait en collaboration avec M. Malfilâtre, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

L'HYOSCINE COMME HYPNOTIQUE

M. le Dr Georges Lemoine, *professeur à la Faculté de médecine de Lille.* — L'hyoscine qui, depuis longtemps déjà, a été expérimentée en France au point de vue physiologique, par Gley et Rondeau, Mairet et Combemale, et a été l'objet de nombreuses expérimentations thérapeutiques à l'étranger, notamment sur les aliénés, n'a encore reçu que peu d'applications chez nous.

Dans un article de la *Gazette médicale* du 19 janvier 1889, l'un de nous parlait de quelques essais de ce nouvel hypnotique, faits dans son service chez des maniaques agitées; les résultats obtenus étaient en général peu favorables.

Du reste, quand on parcourt les communications des divers aliénistes sur l'hyoscine, on est frappé de la dissemblance des résultats, non seulement comme narcose, et comme phénomènes d'intoxication, mais surtout comme diversité dans les doses employées. Évidemment, on ne peut admettre que les observateurs, la plupart d'un grand mérite, qui se sont occupés de cette question, aient tiré des phénomènes déterminés par l'emploi d'un même médicament des conclusions aussi différentes. Il nous semble plus logique de conclure qu'ils ont eu affaire, sous le nom d'hyoscine, à des produits dissemblables. Nous-mêmes, qui avons fait des expériences avec deux produits portant la même étiquette « chlorhydrate d'hyoscine » réputés purs l'un et l'autre, nous avons observé des effets thérapeutiques d'une différence notable, et nous nous croyons en droit d'affirmer que les deux produits expérimentés n'étaient nullement identiques au point de vue chimique.

Du reste, la plupart des alcaloïdes ont à leur origine subi les mêmes lois ; ils n'ont pu être préparés à l'état de pureté que

quand les procédés d'extraction se sont perfectionnés et que leurs réactions ont été mieux connues. Ce qui nous confirme dans cette idée au sujet de l'hyoscine, c'est que les premières expériences sont plus contradictoires entre elles que les dernières, non seulement dans les effets mais surtout dans les doses. Nous avons donc lieu d'espérer que l'hyoscine actuellement dans le commerce est sinon plus pure, du moins plus égale dans sa composition.

M. Magnan, dans sa communication à la Société de biologie (6 juillet 1889), a fait connaître des résultats à peu près semblables à ceux de Erb, de Salgo, de Kny et à ceux que nous avons obtenus nous-mêmes dans notre deuxième série d'expériences, série que nous désirons exposer aujourd'hui à MM. les membres du Congrès.

Nous avons, dans le but d'étudier la valeur hypnotique de ce nouveau médicament, administré le chlorydrate d'hyoscine en injections hypodermiques à 62 malades chez lesquelles nous avons fait un total de 316 piqûres. La plupart des aliénées sur lesquelles nous avons expérimenté ce nouvel hypnotique étaient des maniaques agitées ne goûtant que très peu ou point de sommeil, et beaucoup étaient restées réfractaires à la morphine, au chloral associé au bromure et même à l'hyosciamine qui, à la dose d'un milligramme, réussit si souvent. De ces maniaques agitées, au nombre de 56, 38, c'est-à-dire 67 p. 100, ont, après une injection de 3/10 milligr., rarement de 5/10, goûté un sommeil de 5 à 8 heures de durée, parfois même plus. Le traitement n'a été continué que chez 23 d'entre elles, pendant une quinzaine, avec des suspensions plus ou moins fréquentes, dues soit au calme relatif des malades, soit à la nécessité d'expérimenter la durée d'action du médicament. Nous pouvons dire de suite que la plupart de nos agitées ont éprouvé, à un degré atténué, il est vrai, les bienfaits de l'hyoscine, la seconde nuit qui a suivi son administration.

Sur ces 23, 17, c'est-à-dire 74 p. 100, ont continué à dormir sans augmentation notable de la dose ; chez les 6 autres, c'est-à-dire 26 p. 100, l'effet hypnotique s'est plus ou moins vite affaibli, et le sommeil n'a pu être maintenu que par l'augmentation rapide des doses, qui ont atteint dans deux cas 1 milligr. 1/2 et ont produit un effet réel, mais d'une durée moindre qu'avec les premières injections de 3/10 milligr.

18 de nos 56 malades, c'est-à-dire 33 p. 100, n'ont éprouvé aucun effet hypnotique avec la dose initiale de 3/10 milligr. et ont même

présenté pour la plupart une agitation plus vive qu'avant l'administration du médicament.

Six d'entre elles ne furent plus soumises à de nouvelles injections. Des 12 autres, 5 obtinrent un sommeil de 5 à 8 heures, avec 5/10 milligr., 4 avec 6 à 8/10 milligr., 2 avec 1 milligr., et enfin chez une dernière, il n'y eut aucun résultat avec 7/10 milligr.

Il est à remarquer que la dose suffisante une fois atteinte, nous n'eûmes pas à l'augmenter dans une proportion plus forte que dans les cas où le but fut obtenu d'emblée avec la première dose de 3/10 milligr.

Il résulte de cette constatation que certains malades exigent des doses plus considérables pour obtenir le même effet, mais ne sont point pour cela réfractaires au médicament et peuvent, au même titre que les autres, en tirer bénéfice.

Sur les 62 malades traitées par l'hyoscine dans un but hypnotique, il nous en reste 6, parmi lesquelles 3 anxieuses, 2 paralysies générales et 1 syphilis cérébrale.

3 à 5/10 milligr. injectés suffirent à procurer à 5 de ces malades un sommeil de 4 à 7 heures. Une jeune paralytique générale de vingt-un ans fut réfractaire aux doses de 3 et 5/10 milligr. et présenta même une loquacité plus grande, tandis que 2 gr. d'hydrate de chloral la firent dormir 6 heures.

Nous croyons devoir faire remarquer ici que chez un certain nombre de nos malades il y eut, à côté de l'effet hypnotique, une diminution parfois considérable de l'agitation, se maintenant 24 et même 48 heures. Chez d'autres, au contraire, le sommeil était toujours précédé ou suivi d'une agitation plus ou moins vive, qui, dans certains cas, a persisté plus de 12 heures et dans laquelle dominait souvent la tendance à détruire.

Parmi les symptômes accessoires déterminés par l'hyoscine aux faibles doses où nous l'avons employée, la dilatation pupillaire, facile à constater, faisait assez souvent défaut et ne persista jamais jusqu'au lendemain ; elle manquait notamment chez une malade qui présentait du vertige, de la pesanteur de tête, de l'embarras de la parole et une fatigue de tous les membres. Chez les aliénées pouvant nous rendre compte de leurs sensations, nous avons noté des troubles de l'accommodation, de la diplopie, un certain état d'ivresse et de la parésie des membres.

Une mélancolique, en puissance de tuberculose, souffrant depuis longtemps de douleurs ostéocopes empêchant le sommeil, et que rien n'avait pu calmer, n'éprouva aucun effet après une in-

jection de 4/10 milligr. Un milligr. produisit quelques troubles oculaires très fugaces, mais 20 minutes après l'injection d'une dose de 1 milligr. 5, il y eut une dilatation pupillaire considérable, une amblyopie si marquée qu'elle avait de la peine à se diriger ; un état parétique généralisé avec titubation l'obligeant à s'appuyer aux murs, une sensation d'oscillation du sol et un goût d'œufs pourris dans la bouche sans aucune sécheresse de la gorge, phénomènes qui persistèrent environ 3 heures. Nous devons ajouter que, malgré tous ces symptômes d'intoxication, la malade n'eut aucun soulagement et ne goûta pas plus de sommeil qu'à l'ordinaire.

Quant à la sécheresse de la gorge et à la diminution de la sécrétion salivaire, nous ne les avons observées dans aucun cas.

Deux malades même présentant de la sialorrhée (une agitée et une stupide) n'eurent aucun amoindrissement de ce phénomène sous l'influence de l'hyoscine continuée un certain temps ; et cependant chez la première l'action hypnotique se fit très nettement sentir. Nous n'eûmes jamais à constater ni céphalalgie, ni délire spécial, ni hallucinations. Rien non plus du côté des organes respiratoires.

Quoique nos injections aient été pratiquées parfois immédiatement avant ou immédiatement après le repas, nous n'avons observé aucun trouble digestif.

Ayant remarqué que de faibles doses d'hyoscine, au lieu de produire l'effet hypnotique cherché, déterminaient chez certaines malades un état de surexcitation très net, nous avons pensé que l'hyoscine pourrait peut-être rendre des services comme méthode curative dans les formes dépressives, et nous avons commencé chez cinq malades de cette catégorie des injections de 2 à 3/10 milligr.

Nos expériences sont encore trop récentes pour nous permettre de nous prononcer soit affirmativement, soit négativement ; nous ne pouvons que constater une chose, c'est que dans tous ces cas il n'y eut aucune action fâcheuse du médicament.

Il résulte de nos observations que les effets produits sur nos malades au point de vue hypnotique peuvent se diviser en 4 catégories : 1° effet immédiat et durable avec une faible dose variant de 3 à 5/10 milligr. ; 2° effet obtenu d'une façon durable avec une dose de 7/10 à 1 milligr. ; 3° effet moins persistant même avec des doses progressives allant jusqu'à 1 1/2 milligr. ; 4° effet à peu près nul même avec 1 milligr.

Nous sommes heureux de constater que le plus grand nombre de nos observations peuvent être classées dans les deux premières catégories et que très peu trouvent place dans la quatrième. Nous nous félicitons d'autant plus de ce résultat que, d'après notre étude personnelle et celle de la plupart de nos confrères tant en France qu'à l'étranger, l'hyoscine ne paraît entraîner à sa suite aucun trouble ni psychique ni somatique grave comme en présentent un grand nombre d'autres hypnotiques (chloral, sulfonal, uréthane, morphine), et semble en conséquence être rarement contre-indiquée.

Nos expériences portent, il est vrai, sur un laps de temps assez court, mais nous nous proposons de poursuivre cette étude et de rechercher, par une administration plus longtemps prolongée, quelle est exactement la durée pendant laquelle les malades peuvent sans inconvénient bénéficier de l'action hypnotique de l'hyoscine. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. J. Séglas. — Je m'associe pleinement aux réserves de M. Lemoine sur l'hyoscine. — En présence des contradictions des auteurs étrangers sur l'utilité de cette substance et que j'ai exposées dans un article antérieur (*Progrès médical*, 15 juin 1888), j'ai tenu à l'expérimenter moi-même. Je me suis servi du chlorhydrate d'hyoscine de Merck de Darmstadt, que j'ai donné en injections sous-cutanées à des doses variant de 1/4 de milligr. à un milligr. — Les doses même les plus faibles ont *toujours* produit *d'abord* des effets toxiques (céphalalgie, titubation, embarras de la parole), un peu analogues à ceux de l'alcool. J'ai noté une fois des vomissements et un cas de collapsus à la suite d'une dose de 1/2 milligr. chez une malade qui n'avait rien au cœur. — Après ces phénomènes survient un état spécial, non de calme ni de sommeil, mais d'abrutissement, comme l'état d'un ivrogne qui a trop bu. En résumé, une substance qui produit toujours des effets toxiques avant d'amener un effet thérapeutique, d'ailleurs contestable, n'est pas un médicament ; c'est un poison.

M. Rouillard. — J'ai expérimenté sur plus de 30 malades les sels d'hyoscine, à la clinique de l'asile Sainte-Anne. Lorsqu'on veut parler des effets de l'hyoscine, il faudrait spécifier exactement le sel que l'on a employé ; les effets en sont fort différents. — Sur le conseil de mon confrère et ami le Dr Jennings, j'ai

employé le bromhydrate et l'iodhydrate d'hyoscine à la dose de 1/4, 1/2 milligr., j'ai été jusqu'à deux milligr. Douze maniaques, hommes ou femmes, ont été ainsi traités, les uns pendant quinze jours au moins, les autres pendant deux mois au plus. Je n'ai obtenu le sommeil que deux fois sur un total de près de 800 injections. La plupart du temps l'effet a été nul. Souvent j'ai constaté une surexcitation violente ; enfin, une fois, des phénomènes tétaniformes. — Devant ces insuccès, malgré une longue période d'expérimentation, j'avais renoncé complètement à l'hyoscine.

Mais sur le conseil d'un ami, j'employai un autre sel d'hyoscine, le chlorhydrate d'hyoscine, actuellement employé par M. le Dr Magnan. Ici, je dois avouer que l'effet fut tout à fait différent, et que dans les deux tiers des cas, mais non dans tous, j'obtins un résultat. Les effets de l'injection furent sinon hypnotiques, au moins, le plus souvent sédatifs. J'employai le chlorhydrate à la même dose que les autres sels ; je n'ai jamais dépassé 2 milligrammes.

En résumé, je crois que lorsque l'on parle des effets de l'hyoscine, il faut s'entendre au préalable et faire de grandes réserves. Il faut d'abord savoir de quel sel d'hyoscine il s'agit. Ensuite, il faut bien dire que c'est un médicament infidèle, et qui ne réussit que 2 fois sur 3. Cette infidélité tient peut-être à l'idiosyncrasie du sujet, mais elle dépend surtout de la fabrication. Le bromhydrate et l'iodhydrate m'avaient été fournis par une pharmacie anglaise de la place Vendôme : ils ont presque toujours échoué. Le chlorhydrate qui m'a été fourni par la pharmacie de l'asile Sainte-Anne, a réussi dans la moitié des cas. Enfin je n'ai pas échoué une seule fois (il est vrai que mes observations sont ici très peu nombreuses) avec du chlorhydrate d'hyoscine qui m'a été offert par un ami, chimiste à l'usine de Villers, par Hermes (Oise). Ce dernier produit était chimiquement pur. Mais c'était un produit de laboratoire et non du commerce, et l'achat d'un gramme de ce produit dépasserait cent francs.

En somme, bon médicament, facile à employer, facilement toléré, car il n'a pas comme la morphine d'effet sur le tube digestif, mais médicament très infidèle et difficile à avoir pur. Il est nécessaire que cette question soit plus approfondie avant qu'on se prononce définitivement sur elle.

M. le Président. — La parole est à M. Briand pour la lecture d'une communication.

DE L'AMNÉSIE RÉTROGRADE DANS L'INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE

M. Marcel Briand, *médecin en chef de l'asile de Villejuif.* — Mon intention, Messieurs, n'est pas de décrire dans cette courte note tous les troubles intellectuels qui peuvent être la conséquence de l'intoxication par l'oxyde de carbone, je veux simplement appeler l'attention du Congrès sur certaines formes d'amnésies dont cet empoisonnement est quelquefois la cause. Bien que j'aie déjà communiqué à la Société de médecine légale de France l'une des observations dont je me propose de vous donner ici un court résumé, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de vous les soumettre en y ajoutant quelques réflexions.

Si les publications sur les faits qui nous occupent sont rares, les faits eux-mêmes le sont beaucoup moins, ainsi que vous pourrez vous en rendre compte par l'examen direct des malades que je présenterai à ceux d'entre vous qui viendront vendredi prochain à Villejuif.

M. Lancereaux vient de publier une très savante étude sur l'empoisonnement oxy-carboné, mais il ne parle pas des amnésies qui en sont la conséquence, bien qu'il s'étende longuement sur les accidents cérébraux consécutifs à cette intoxication. Je ne crois pas non plus qu'aucune allusion y ait été faite dans la très intéressante discussion sur les poêles mobiles, à laquelle l'Académie de médecine vient de consacrer plusieurs séances.

Telles sont, Messieurs, les considérations qui m'amènent aujourd'hui à vous rapporter certains faits qui me paraissent des plus probants en la matière.

Pour ne pas dépasser les limites de vos séances je me bornerai aux traits saillants de chacune des observations.

Observation I

La première malade dont je veuille vous entretenir est une femme âgée de soixante-deux ans, domestique depuis bientôt un quart de siècle dans la même maison. Son patron, un vieux monsieur, retenu toute la journée hors du logis par ses occupations, laissait à cette femme la direction complète des soins du ménage. Jamais il n'avait constaté chez sa domestique le moindre affaiblissement de la mémoire ; mais il avait remarquéque depuis plusieurs mois elle devenait triste et se préoccupait sans motif de son avenir (elle exprimait assez souvent la crainte de mourir dans la misère).

Le 27 avril, à 9 heures du matin, Marie, croyant son maître absent pour toute la journée, monte précipitamment dans sa chambre, s'y enferme, allume du charbon dans un réchaud qu'elle place au milieu de la pièce et va s'étendre sur le lit. Une heure après, son patron rentrant à la maison et surpris de ne pas trouver sa domestique à la cuisine, l'appelle vainement, puis enfonce la porte de la chambre où il aperçoit Marie étendue sur le lit dans l'attente de la mort, mais n'ayant nullement perdu la conscience de son état. « Ah ! monsieur, s'écrie-t-elle, si j'avais su que vous ne soyez pas parti, j'aurais bien attendu un peu pour faire mon affaire » . Sur l'injonction de son maître, elle a pu se lever et s'habiller, mais les jambes paraissaient faibles. Un peu après, elle parlait avec loquacité, tenait des propos tellement incohérents que dans la soirée on était obligé de l'envoyer au Dépôt de la Préfecture de police où elle a fait un premier séjour de 48 heures. De là elle passa par Sainte-Anne, y séjourna, et arriva enfin à Villejuif quatre jours après son accident.

Interrogée aussitôt sur les motifs de sa tentative de suicide, elle répond d'une façon précise, donne l'emploi de son temps jusqu'au moment où elle a allumé le charbon, mais ne peut fournir aucun renseignement sur tout ce qui s'est passé depuis l'instant où elle s'est étendue sur son lit. Le souvenir est très confus en ce qui concerne l'installation du fourneau, car la malade ajoute : « J'ai comme une illusion d'avoir allumé le fourneau, mais je ne sais pas si je me le rappellerais si on ne me l'avait pas répété. » Elle ne se souvient de rien de ce qui s'est passé depuis l'accident jusqu'au moment où elle a quitté Sainte-Anne. Il lui est notamment impossible de dire s'il s'est écoulé des jours, des semaines, des mois ou des années, depuis l'asphyxie jusqu'au jour où elle a retrouvé ses idées. Sa mémoire est cependant précise en ce qui concerne les faits antérieurs à la tentative de suicide et ceux accomplis depuis son arrivée à Villejuif. Ses idées mélancoliques persistent encore aujourd'hui, ainsi que ses tendances au suicide. Je n'ai pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires, mais je sais qu'elle était très sobre.

Le rôle de l'oxyde de carbone n'est-il pas ici des plus évidents ? L'expérimentation directe pourrait-elle fournir des preuves plus manifestes ? Cette femme avait une mémoire précise et dirigeait avec intelligence son ménage ; sous l'influence d'idées mélancoliques et d'obsessions, elle tente de s'asphyxier ; immédiatement après, la mémoire s'obscurcit et la malade perd la faculté de se rappeler les faits qui vont s'accomplir pendant trois ou quatre jours. Puis le souvenir se réveille et désormais elle aura une lacune dans son existence. Elle pourra même reconquérir la notion de son moi, sans arriver à soulever le voile qui l'a momentanément enveloppée.

Depuis plusieurs jours, Marie présente quelques idées hypocondriaques en rapport certain avec son état intellectuel antérieur à l'accident, mais qui n'ont rien de commun, croyons-nous, avec

l'oxyde de carbone ; elle se figure, par exemple, avoir avalé un serpent qui lui ronge l'estomac. Elle s'occupe néanmoins, avec intelligence, d'un petit emploi qui lui a été confié dans le service et ne présente aucun affaiblissement mental. Pour être complet, je dois avouer que le souvenir de son suicide semble lui vouloir revenir peu à peu ; mais je crois que cette réminiscence n'est pas personnelle à la malade et qu'elle tient plutôt aux nombreux interrogatoires qu'elle a subis dans ces temps derniers sur ce triste sujet.

D'après ce qui précède, il est facile de conclure que l'amnésie ne peut pas être attribuée à la démence qu'occasionne souvent l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et qui est très connue de vous, puisque ma malade, si l'on néglige ses préoccupations hypocondriaques, avait recouvré son intelligence.

A côté de cette observation, je veux vous en citer une autre qui n'est pas moins instructive.

Observation II

Il s'agit d'une marchande de journaux, âgée de quarante-sept ans qui a fait, au mois de juillet 1888, une tentative d'asphyxie ne figurant pas dans les pièces du procès-verbal de sa séquestration et dont je n'ai eu moi-même connaissance que très fortuitement. La malade l'ignore encore aujourd'hui. D'après certains renseignements, cette femme, qui dirigeait un petit commerce de librairie, était d'un caractère assez triste ; elle reçut un jour la nouvelle que son fils venait de mourir au Tonkin ; deux jours après, elle apprenait qu'une de ses filles entrait au couvent comme religieuse. Dans la soirée, le concierge la vit sortir furtivement, puis rentrer au bout de quelques minutes d'absence avec un seau de charbon à la main. Le lendemain matin, comme elle tardait à se lever, une voisine pénétra chez elle et la trouva inanimée sur son lit. Près du poêle était un petit fourneau rempli de charbon à demi consumé auquel on n'attacha pas d'importance. Personne à ce moment ne pensa à une tentative de suicide, pas même le médecin qui, devant les réponses incohérentes de la malade, crut devoir conclure à une congestion cérébrale. Quelques jours après, Mme L... fut arrêtée dans je ne sais quelles circonstances et conduite à l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police. A son entrée dans mon service, elle se croît dans un hôpital du département des Côtes-du-Nord, où elle a fait en réalité un séjour quelques mois auparavant, et ne peut fournir aucun renseignement sur sa vie antérieure. Cependant elle cause raisonnablement, écrit à ses filles des lettres très cohérentes où elle parle de la mort de leur frère et se montre très surprise d'être à l'hôpital, alors qu'elle n'est pas malade. La photographie de son fils est toujours dans sa poche et Mme L... verse silencieusement d'abondantes larmes en la contemplant. Si on lui demande la cause de son chagrin : « J'ai perdu, dit-elle, un enfant que j'aimais beaucoup. —

Comment est-il mort ? — Je n'en sais rien, je ne puis me souvenir, mais je sais qu'il est mort ». Environ un mois après, l'une de ses filles lui écrit quelques lignes où il est question de la sœur religieuse, et Mme L... semblant apprendre pour la première fois que sa fille est entrée au couvent, sanglote de nouveau ; elle répond à Mlle L... en lui reprochant sévèrement d'avoir différé si longtemps à lui faire sa pénible confidence.

La perte du souvenir n'est pas ici limitée aux quelques jours qui ont précédé ou suivi l'empoisonnement, car la malade croit chaque matin me voir pour la première fois, ne reconnaît jamais les infirmières du service et continue à oublier que l'une de ses filles est au couvent ; elle lui écrit même parfois à son ancienne adresse, en Angleterre, des lettres très correctes. Au mois de janvier, c'est-à-dire six mois après son entrée, elle affirme encore être à l'asile depuis la veille au soir, sans pouvoir s'expliquer comment elle y est venue, et cependant elle n'est point en démence. C'est seulement dans le courant d'avril qu'elle commença à recouvrer la mémoire des faits récents et de certains autres antérieurs à sa tentative de suicide, contre laquelle elle continue à protester avec indignation et sincérité. On peut dire de Madame L... que, actuellement encore, elle apprend à se souvenir de la même façon que certains aphasiques rapprennent à parler. Ne devrait-on pas invoquer à ce propos les suppléances cérébrales ?

Voici maintenant l'histoire d'une jeune fille, qui vous paraîtra plus instructive, parce que des renseignements assez complets sur le suicide m'ont été fournis dès l'arrivée de la malade dans mon service.

Observation III

Mlle Adeline est à l'asile de Villejuif depuis le 8 août 1888.

Elle vient de Sainte-Anne, où on l'avait placée à la suite d'une tentative d'asphyxie volontaire par les vapeurs du charbon. A son entrée, cette jeune fille nous a raconté qu'elle ne pouvait se consoler de la mort de sa grand'mère, survenue il y a six mois. Elle se lamentait encore plus à l'idée de se voir enfermée sans motif dans une maison de santé, et se préoccupait aussi beaucoup des suites d'une large brûlure du bras gauche, intéressant la face dorsale de la main, l'avant-bras et le tiers inférieur du bras en passant par l'articulation du coude, mais dont elle ne s'expliquait pas l'origine.

Malgré notre plus vive insistance, nous ne pûmes obtenir d'elle aucun renseignement sur la cause de cette blessure : il lui fut même impossible de dire ce qu'elle avait fait depuis deux jours. Le lendemain, elle se rappela vaguement d'avoir eu l'intention de se suicider, mais elle affirmait que quelqu'un avait dû venir la brûler. « Si je m'étais brûlée moi-même, je l'avouerais tout aussi bien, nous explique-t-elle, et je m' en souviendrais comme je me souviens, maintenant que vous me le rappelez, d'avoir acheté du charbon. » Nous verrons plus loin qu'il s'est écoulé un certain temps entre le moment où elle a préparé son asphyxie et celui où l'intoxication a commencé, ce qui explique comment elle peut se souvenir de la préparation de l'acte sans se rappeler l'acte lui-même.

Adeline habitait dans les environs de Paris. Elle a effectué en voiture, le soir même de son accident, un voyage de près de deux heures pour se rendre à Sainte-Anne. Ce voyage est encore à l'heure actuelle nul et non avenu pour elle, quoi que nous ayons fait pour en réveiller le souvenir. La personne qui l'accompagnait nous a raconté que pendant la route, elle se refusait à croire en sa tentative d'asphyxie, et qu'il fut impossible de la lui faire avouer, malgré l'étendue de la plaie qu'elle portait au bras. — « Mais alors d'où vient cette brûlure, lui demandait son amie ? — On a dû me jeter dans le feu ! — Qui ? — Je n'en sais rien, ce n'est pas moi ; si j'avais voulu m'asphyxier, je l'aurais fait sans me défigurer. Il faut être bien cruel pour martyriser ainsi une pauvre fille sans défense. »

Des renseignements précis ayant pu devenir le point de départ de nos investigations, nous avons essayé d'exciter par nos questions les souvenirs de la malade, et de la guider. Après plusieurs semaines d'exercices mnémoniques, elle a fini par se rappeler les faits suivants : Résolue à mourir, elle a fait l'acquisition d'une certaine quantité de charbon, puis s'est rendue sans bruit dans la chambre de sa grand'mère, où elle s'est renfermée. Peu après, elle a allumé son charbon dans une coquille de rôtissoire, et s'est ensuite étendue sur le lit, après avoir pris la précaution de se déshabiller.

Le plancher sur lequel la coquille reposait directement commençant à se carboniser, Adeline s'est vêtue d'un jupon pour transporter son appareil dans sa propre chambre, où, après avoir pris la précaution d'interposer une plaque de tôle entre la coquille et le plancher, elle s'est de nouveau déshabillée. Qu'est-il arrivé depuis ? — Elle n'en sait rien. C'est à ce moment précis que finissent ses souvenirs.

Elle est notamment incapable de dire, malgré tous ses efforts, si elle s'est, soit couchée sur le lit, soit étendue sur le plancher où on l'a trouvée une demi-heure après. Il est probable cependant qu'elle s'est d'abord mise sur son lit (il portait son empreinte quand les voisins sont accourus), mais que, trouvant la mort trop longue à venir, elle s'est allongée à côté du fourneau. L'amnésie est des plus évidentes. Quand les voisins, inquiets de ses airs mystérieux et craignant une nouvelle tentative de suicide (elle en avait déjà effectué une quinze jours auparavant en essayant de s'ouvrir les veines, ce dont elle se souvient très bien), pénétrèrent dans sa chambre, ils la trouvèrent inerte, couchée à côté du fourneau, le bras appuyé près de la coquille rougie.

Relevée aussitôt, Adeline resta quelques instants hébétée. On ouvrit les fenêtres, on lui fit respirer de l'éther, et après un quart d'heure de soins, elle reprit ses sens. Elle se montra d'abord toute surprise de voir autant de monde autour d'elle, mais ne parut pas prêter attention à ses brûlures. A la surprise succéda un peu d'excitation intellectuelle ; elle versa quelques larmes, se mit à déclamer, enfin, à chanter des cantiques qu'elle accompagnait du balancement de son bras carbonisé, en appelant sa grand' mère.

C'est dans ces conditions que le médecin de la localité lui délivra un certificat concluant à la séquestration immédiate dans un asile d'aliénés.

J'ajouterai, pour être exact, qu'Adeline a toujours eu le caractère bizarre : fille d'une mère aliénée, morte à la Salpêtrière, et petite-fille

d'une grand'mère tout au moins excentrique, si on la juge par une clause de son testament, interdisant à son fils d'assister à ses obsèques, elle a eu la malchance d'être élevée par cette grand'mère dans des principes exagérés de piété qui ne firent qu'entretenir certaines idées mystiques remontant à l'enfance.

Cette grand'mère, dont l'influence sur la malade était très grande, lui avait toujours promis de veiller sur elle, même après sa mort ; aussi, Adeline qui travaillait la nuit pour passer ses journées à l'église, se trouvait-elle dans les conditions les plus favorables au développement de la folie mystique.

Peu après la mort de sa grand'mère, elle entendit celle-ci qui lui parlait, puis elle eut des illusions de la vue et crut la reconnaître dans les nuages. Se croyant alors appelée au ciel, elle résolut, dit-elle, d'aller rejoindre son aïeule, et tenta de s'ouvrir les veines.

Après avoir satisfait en partie à son impulsion, le calme lui revint pendant quelques jours ; elle fut même abandonnée par ses idées de suicide.

Tous ces détails sont très nets dans son esprit. Nous y insistons pour montrer que si les facultés mentales étaient profondément troublées, la mémoire n'était pas affaiblie avant la tentative d'asphyxie.

A son arrivée dans le service, la malade, avons-nous dit, ne se rappelait rien de son suicide. Quand nous en connûmes les détails, nous pûmes, en les lui rappelant, obtenir d'elle, comme on l'a vu plus haut, l'aveu d'un souvenir vague en ce qui concernait la préparation du fourneau, le lit de la grand'mère, le commencement d'incendie du parquet et la plaque de tôle préservatrice. Mais il a fallu lui répéter maintes fois les faits avant de réveiller chez elle des souvenirs, et encore ce réveil n'a-t-il été qu'incomplet, et toute cette partie de la scène reste-t-elle comme enveloppée d'un voile dans sa mémoire.

Par contre, quelle qu'ait été notre insistance pour réveiller le souvenir des actes accomplis depuis le moment où Adeline a quitté la seconde fois son jupon et celui où elle est arrivée à Villejuif, il nous a été impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement : « Je ne me rappelle pas », répond-elle encore à toutes ces questions.

Cette amnésie doit donc être sans conteste attribuée à l'oxyde de carbone. Elle est incomplète depuis les quelques minutes qui ont précédé la tentative de suicide, et absolument complète depuis le commencement d'exécution de celle-ci, jusqu'au jour de l'arrivée de la malade dans le service, c'est-à-dire 48 heures après.

On a vu par l'histoire de la précédente malade que les choses ne se passent pas toujours ainsi. Quelquefois encore l'oxyde de carbone détermine des amnésies *rétroactives*, dont l'effet remonte à plusieurs jours avant l'asphyxie.

Pour tenter d'expliquer l'amnésie oxy-carbonée, il est nécessaire de faire appel au raisonnement par analogie, et d'observer ce qui se passe dans une autre forme d'intoxication, l'intoxication alcoolique.

L'ivresse s'accompagne, on le sait, de troubles plus ou moins accusés de la mémoire pouvant dans certains cas remonter jusqu'aux faits accomplis même avant la première absorption d'alcool, comme si la couche corticale nouvellement impressionnée par les images dont elle doit garder la trace, laissait plus facilement effacer par le poison, les empreintes les plus récentes, les pensées non encore emmagasinées, alors que l'action du poison serait impuissante à effacer des souvenirs complètement acquis.

On comprend par suite que, si dans certains cas l'alcool produit ainsi un effet rétroactif, son action amnésique se manifestera d'une manière encore plus efficace quand il s'agira des actes accomplis pendant l'ivresse, puisque le poison aura momentanément aboli l'impressionnabilité de la cellule.

Si nous envisageons aussi ce qui se passe dans l'alcoolisme chronique, nous voyons que la mémoire est la première et la plus profondément atteinte de toutes les facultés intellectuelles et qu'un peu plus tard apparaissent des paralysies partielles, des vertiges, absolument comme on en observe dans l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Les alcooliques et les asphyxiés par l'oxyde de carbone ont donc plusieurs points de ressemblance. Les uns et les autres se comportent d'une façon analogue en face des deux poisons. N'est-on pas autorisé, si les troubles somatiques de l'intoxication chronique oxy-carbonée sont dus à une action plus prolongée du poison sur les centres nerveux, à les expliquer par un mécanisme comparable à celui qui les produit dans l'alcoolisme chronique. Dans le cas d'Adeline X..., il est alors permis de dire que si le trouble psychique s'est limité à une amnésie momentanée, sans abolir la faculté de la mémoire, cela tient à la courte durée de l'empoisonnement.

Il est probable que si l'expérience se fût prolongée davantage, les accidents cérébraux auraient été ceux qu'on observe dans les intoxications graves et que la malade, au lieu de la perte du souvenir de certains faits, aurait subi une abolition complète de la mémoire et aussi peut-être de l'intelligence.

En poursuivant notre comparaison entre l'action de l'alcool et celle de l'oxyde de carbone, nous voyons que l'alcool n'agit pas toujours d'une manière identique sur les buveurs assis autour de la même table : les uns ont, suivant le proverbe, le vin triste, les autres le vin gai. Il en est chez qui l'ivresse se traduit d'abord par des troubles intellectuels, d'autres chez lesquels elle débute par de

l'excitation musculaire, d'autres encore sont atteints momentanément d'un commencement de paraplégie qui les fait tituber. En est-il de même pour l'oxyde de carbone ? — Nous venons de voir que l'empoisonnement avait produit chez Adeline de l'excitation (elle chantait des cantiques). Existe-t-il des cas où le poison se manifesterait par une paraplégie? — J'ai dans mon service une autre malade dont la lamentable histoire a fait, il y a deux ans, un certain bruit dans la presse extra-scientifique et qui va nous répondre.

Observation IV

C'est une fille de trente-neuf ans, peu intelligente, vivant avec une mère aliénée et un père faible d'esprit, nommée J...

Dans les premiers jours de novembre 1886, la mère atteinte de délire chronique, et se croyant persécutée par des voisins, résolut de mourir avec son mari et sa fille.

Après une longue résistance, le mari finit par céder, pour ne pas contrarier sa femme, nous dit la malade. La mère prépara tout pour le suicide, coucha, malgré leurs protestations timides, son mari et sa fille sur le lit, les ensevelit, alluma un réchaud, et vint ensuite prendre place entre eux, gourmandant à droite et à gauche, ranimant le courage de chacun, et promettant pour tous les trois un bonheur éternel.

Peu après l'empoisonnement commençait son œuvre.

Le père mourut le premier (il était couché au bord du lit, le plus voisin du réchaud); la mère expira environ un quart d'heure après, et c'est seulement le mercredi soir, le suicide ayant eu lieu le dimanche matin, qu'on pénétra dans l'appartement.

Notre malade avait conservé le souvenir de tout ce qui s'était passé jusqu'à un certain moment. « J'essuyais, dit-elle, la bouche de ma mère, pendant qu'elle agonisait, mais il m'était impossible de me lever, j'avais les jambes paralysées.» Comme à ses cris personne ne répondait, elle finit, dit-elle, par *s'endormir* en attendant la mort qui se présenta sous les traits d'un commissaire de police dont la malade a gardé un souvenir confus. Transportée à Sainte-Anne, elle n'a recouvré que plusieurs jours après l'usage de ses jambes, et j'ai noté, au bout d'un mois, une anesthésie des membres inférieurs aujourd'hui disparue, comme on en trouve dans l'alcoolisme chronique ou encore l'hystérie. Cette fille était cependant très sobre et nullement hystérique.

Une telle paraplégie n'est-elle pas en tous points comparable à la paraplégie passagère de l'ivresse ou mieux de l'alcoolisme, et peut-on se refuser à voir dans ce fait un nouveau point de ressemblance entre l'action de l'oxyde de carbone et celle de l'alcool ?

La malade a conservé, avons-nous dit, le souvenir de tout ce qui s'est passé avant et pendant le suicide de ses parents. L'amnésie est limitée à ce qu'elle appelle son sommeil : mais elle s'est réveillée paraplégique. La précédente jeune fille, au contraire, ne se souvient de rien. Par contre, on l'a vue se relever et s'exciter peu de temps après l'arrivée des secours. La marchande de journaux, plus atteinte, a perdu pendant plusieurs mois la faculté de se souvenir.

Il faut donc conclure de ces faits que l'oxyde de carbone peut déterminer l'amnésie et parfois de l'amnésie rétrograde. Si chez certains individus, les premiers symptômes de l'intoxication se traduisent par une amnésie plus ou moins étendue, chez certains autres, le poison, négligeant les centres supérieurs, agit au contraire tout d'abord sur la moelle. Dans l'alcoolisme les choses ne se passent pas autrement. Quoi qu'il en soit, ces observations m'ont paru susceptibles d'intéresser le Congrès, car aucun de vous ne saurait demeurer indifférent à tout ce qui touche aux troubles de l'intelligence humaine. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la deuxième question du programme, celle de législation. La parole est à M. le professeur Ball pour la lecture du rapport qu'il a fait en collaboration avec son chef de clinique, M. Rouillard.

DE LA LÉGISLATION COMPARÉE

SUR LE PLACEMENT

DES ALIÉNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

M. le professeur Ball. — L'aliénation mentale est une de ces questions qui, de tous les temps, ont inspiré le plus vif intérêt, non seulement aux législateurs et aux hommes scientifiques, mais encore au public en général.

Depuis quelques années, cette disposition s'est manifestée avec une intensité toujours croissante ; car la diffusion des lumières, la faveur spéciale dont jouissent aujourd'hui les études psychologiques, enfin le développement des institutions libérales, et la tendance de plus en plus accusée qui nous porte à saisir l'opinion de toutes les questions litigieuses, ont imprimé à ce mouvement une impulsion trop active, pour qu'il soit possible de l'enrayer. Aussi la médecine mentale semble pour ainsi dire être tombée

aujourd'hui dans le domaine commun ; et tandis que dans les autres branches de la science on laisse la parole aux spécialistes, chacun se croit en droit de formuler son avis, lorsqu'il s'agit de ces questions redoutables, dont la solution exige une si longue expérience et un tact si consommé.

Les hommes les plus intelligents sont tentés de croire que lorsqu'il s'agit des aliénés, les questions qui les concernent peuvent se résoudre par les seules lumières du bon sens, sans réfléchir que de toutes les qualités de l'intelligence, le bon sens est précisément la plus rare et la moins répandue.

Il suffit, disait un orateur célèbre, *de causer pendant un quart d'heure avec un homme pour savoir s'il est aliéné*. Cette parole imprudente résume incontestablement l'opinion du grand nombre ; elle montre le danger qui nous menace, et les tendances regrettables du temps présent, qui peuvent influer sur les lois édictées chez les peuples les plus civilisés.

Mais, de tous les problèmes que soulève l'aliénation mentale, le plus difficile à résoudre est celui de la séquestration ; c'est le champ de bataille sur lequel se sont livrés les combats les plus vifs ; et depuis quelque temps, mise en éveil par les clameurs de la presse et par le retentissement de certains procès, l'opinion publique se montre à cet égard d'une susceptibilité morbide, et chacun semble croire que sa liberté personnelle est menacée.

Cette disposition d'esprit se rattache aux conditions générales qui caractérisent le temps présent.

On mettait autrefois l'intérêt public au-dessus de l'intérêt privé, et la notion d'autorité primait tout. Notre époque a vu se réveiller le sentiment du droit individuel ; or, ce sentiment, parfaitement légitime lorsqu'il s'agit des gens sains d'esprit, paraît dépasser ses frontières naturelles, lorsqu'on veut en faire l'application aux fous. Autrefois, ne se préoccupant que de la sécurité publique, on enchaînait l'aliéné ; on le jetait dans un cachot pour s'en débarrasser. S'il était criminel, on ne lui ménageait pas les punitions corporelles, et on n'hésitait pas, au besoin, à lui infliger la peine capitale. C'était, en un mot, le règne des principes de rigueur.

C'est avec un légitime orgueil que la France peut revendiquer le premier rôle dans l'accomplissement des réformes qui ont transformé cette déplorable situation ; et ce ne sera pas la moindre des gloires de la Révolution française, dont nous venons de célébrer le Centenaire, que d'avoir enfanté et mis en lumière, des hommes comme Philippe Pinel.

Mais le grand Pinel, aussi bon administrateur que clinicien distingué, sut apporter une sage réserve à ses réformes. La prudence dont il a fait preuve [1] est aujourd'hui traitée avec dédain. L'opinion publique a dépassé le but et s'est jetée dans l'extrême opposé. Nous allons bientôt en avoir la preuve.

Dans tous les pays et dans tous les temps, la séquestration des aliénés a été reconnue comme une nécessité qui s'impose, et cela pour trois raisons, dont il impossible de méconnaître la gravité.

Ces raisons, les voici :

1° La nécessité de protéger la sécurité publique ;

2° La nécessité de protéger l'aliéné contre lui-même ;

3° La nécessité de soigner la folie, qui peut guérir, à la condition d'être soumise à un traitement approprié.

Personne n'a jamais mis en doute la nécessité d'interner les aliénés *dangereux ;* mais que faut-il entendre par cette expression ?

Lorsqu'il s'agit des malades violents, des maniaques excités, des hallucinés agressifs, des épileptiques homicides, des alcooliques surexcités, des paralytiques généraux à la période de début, tout le monde est d'accord ; la discussion tombe. Cela revient à dire que pour le public, *dangereux* est synonyme de *violent*.

Mais les délirants persécutés, les persécutés persécuteurs et les fous mystiques, qui savent si bien dissimuler leur délire, et nier effrontément les hallucinations dont ils sont journellement hantés, ne sont-ils pas à craindre, et ne les classera-t-on pas parmi les dangereux ?

Enfin, les aliénés dits inoffensifs, le sont-ils en réalité ? L'expérience a prouvé que la plupart des crimes commis par des fous, sont l'œuvre de ceux qu'on avait jusqu'alors considérés comme inoffensifs. C'est précisément parce qu'ils n'inspirent aucune défiance qu'il leur est facile de commettre les actes qu'ils ont depuis longtemps prémédités.

Les plus dangereux de tous les malades sont les fous raisonnants, les *demi-lucides ;* et c'est là précisément la source des discussions les plus vives, car une tendance invincible porte l'obser-

(1) On sait que Pinel a inspiré en grande partie la loi de 1838, sous le régime de laquelle nous vivons encore aujourd'hui.

vateur inexpérimenté à croire que tout homme qui parle raisonnablement en apparence, est sain d'esprit, et ne doit jamais être considéré comme aliéné.

Voilà pourquoi, sans contester les principes, on s'oppose si souvent à leur application en pratique.

Passons aux deux affirmations que nous avons formulées au début.

La nécessité de protéger l'aliéné contre lui-même n'est contestée par personne ; mais c'est encore dans l'application que surgissent les obstacles. Rien n'est plus difficile que de convaincre une famille qu'un suicide est imminent ; rien n'est plus difficile que de démontrer qu'il faut mettre un terme aux prodigalités d'un dissipateur et l'arrêter sur la pente de la ruine.

Enfin, quoi qu'en pense le public, la guérison fréquente de la folie est un argument de premier ordre en faveur de l'internement.

Mais encore ici, les préjugés vulgaires deviennent un obstacle aux mesures les plus salutaires, et les succès mêmes qu'il nous est souvent donné de remporter, se retournent contre nous. L'opinion généralement répandue, que tout homme qui a reçu l'épithète d'aliéné est perdu sans retour, fait souvent conclure à une erreur de diagnostic, lorsque le malade sort de la maison de santé ; on s'écrie : « Il a guéri, donc il n'était pas fou. »

Malgré les résultats de la statistique qui montrent le nombre considérable des guérisons obtenues, le mot de folie continue, pour le vulgaire, à être synonyme d'incurabilité. Et pourtant nous savons tous qu'il s'agit là d'une maladie, et d'une maladie souvent curable. Mais tout esprit impartial conviendra que le but ne peut être atteint dans les mêmes conditions que chez l'homme sain d'esprit ; que des mesures spéciales s'imposent, et qu'il est souvent impossible de respecter la liberté du malade.

Ainsi donc, la nécessité de protéger l'aliéné contre lui-même et la société contre lui, et la possibilité d'obtenir la guérison après l'internement, telles sont les raisons qui légitiment la séquestration. Ces principes, nous le répétons, ne sont contestés au fond par personne ; mais, en pratique, au lieu de se contenter de protéger l'aliéné dans la mesure de la justice, on semble disposé à lui sacrifier les intérêts légitimes des hommes sains d'esprit. Il faut, pour le mettre en traitement, c'est-à-dire pour l'interner, cent fois plus de précautions que pour mettre en état d'arresta-

tion un prévenu de droit commun. La séquestration, malgré les garanties dont elle est entourée, semble toujours un attentat à la liberté individuelle.

Le malade est-il interné? Sa famille se plaint qu'il cohabite avec des fous, sans réfléchir qu'il y est à sa place, et qu'on ne saurait en bonne justice le loger ailleurs, au moins pendant les périodes initiales de sa maladie. Est-il amélioré ? Avant même que la guérison ne soit complète et bien assise, il faut le mettre en liberté, sous prétexte qu'il n'est plus dangereux.

Par un phénomène singulier en apparence, mais très facile à comprendre en réalité, les aliénistes, qui ont pris l'initiative de la réhabilitation des fous, dont ils sont les véritables auteurs, sont accusés aujourd'hui d'être leurs ennemis, et c'est contre eux que se dirigent les soupçons de l'opinion publique. Leur autorité est contestée, leur probité suspectée ; c'est contre eux surtout qu'on demande des garanties, et l'on a vu les hommes les plus honorables poursuivis par les plus indignes calomnies, sans que l'autorité des voix les plus compétentes ait suffi pour ramener l'opinion publique.

Cette tendance est le résultat d'une modification profonde de l'état des choses au siècle où nous vivons. On prétend que le nombre des aliénés a augmenté ; c'est une question souvent controversée. Mais ce qui a certainement augmenté, c'est la population de cet immense domaine, qu'on a si justement appelé *les frontières de la folie* : c'est le nombre des demi-fous, des déséquilibrés, des maniaques raisonnants ; c'est en même temps leur influence dans la société. Ce sont eux, qui, toutes les fois qu'on discute une des questions qui touchent à l'aliénation mentale, font retentir la presse de leurs réclamations.

La loi de 1838 n'avait en vue que les aliénés proprement dits ; mais les législations futures devront peut-être s'occuper de cette classe d'esprits dévoyés.

Voyons maintenant les conséquences qui sont en pleine période de développement sous l'influence de ce mouvement, non seulement en France, mais en Angleterre, et dans la plupart des pays civilisés.

Le double but poursuivi par le législateur dans tous les pays policés, a été d'assurer la séquestration des aliénés, pour les motifs que nous avons passés en revue, et en même temps de s'opposer à toute séquestration arbitraire. Ces deux objectifs ne sont

nullement contradictoires, et peuvent être, dans la pratique, parfaitement conciliés. Reste à savoir si, dans quelques pays, la législation n'a pas sacrifié la première condition à la seconde, et si, sous le prétexte de défendre la liberté individuelle, qui n'est pas menacée, on ne s'expose pas à laisser l'aliéné sans soins, et la société sans défense.

Il est curieux, à cet égard, de suivre la progression ascendante des mesures édictées ou proposées à divers moments.

On s'est longtemps contenté, en France, du certificat médical unique, muni de certaines garanties, et accompagné de la demande d'internement signée d'un parent ou ami. Puis on a été plus loin, et, à l'imitation de la loi anglaise, on a demandé deux certificats médicaux, ce qui paraît être, au premier abord, une garantie de plus : mais on restreint ainsi la facilité d'intervenir rapidement dans les cas d'urgence. — Ce n'est pas assez ; on a fait intervenir le magistrat dans les placements, comme si l'aliéné était un inculpé, et comme si le mot d'internement était synonyme d'emprisonnement. Mais l'action de la magistrature étant fatalement lente, et le magistrat ne pouvant être, comme le médecin, requis à toute heure du jour et de la nuit, il a fallu recourir à l'expédient incommode et dispendieux des quartiers d'observation. Le magistrat aurait alors, pendant le séjour de l'aliéné dans ces quartiers, toute latitude pour se prononcer sur l'internement.

Enfin, non contents de ces longues formalités, certains juristes ont proposé de laisser au tribunal seul le soin d'ordonner l'internement, après enquête et présentation de la personne présumée aliénée.

Il y a dans ces diverses mesures une préoccupation évidente qui vise à diminuer, et l'autorité, et l'intervention du médecin, dans une question essentiellement médicale (celle du diagnostic), et à augmenter l'action des magistrats, occupés à des fonctions tout autres qui suffisent largement à leur activité.

Le point capital, en pareille matière, ce n'est pas d'éviter les séquestrations dites arbitraires, ce n'est pas d'élever une barrière infranchissable à la porte des asiles ; c'est d'organiser un contrôle sévère des diagnostics, et d'assurer à l'autorité compétente les moyens de savoir avec certitude si les malades placés dans un établissement méritent réellement d'y être maintenus.

Quant à prétendre, comme on l'a fait, que c'est déjà une flétrissure que d'entrer, même pour un jour, dans une maison de santé

ou dans un asile, et qu'on ne doit y recevoir les malades qu'avec la plus extrême difficulté, c'est une ineptie qui ne mérite pas l'honneur d'être discutée ; c'est une absurdité qui n'a pu germer ailleurs que dans le cerveau de ces demi-fous, qui n'étant pas bien assurés de jouir de la plénitude de leurs facultés mentales, appréhendent à chaque instant de voir s'ouvrir devant eux les portes d'un *établissement spécial*.

Il est absolument évident, qu'en pratique, certaines admissions ne sauraient être retardées : un homme est dangereux, faut-il attendre qu'il ait assassiné pour se croire en droit de l'enfermer ?

Cette réponse a été textuellement faite dans certains cas. Une dame se plaint à un commissaire de police que son mari, alcoolique invétéré, la menace chaque soir de la tuer. Elle demande à être protégée contre ce danger. On lui répond : *Attendez qu'il ait commis un crime, alors on l'enfermera*.

N'oublions pas que c'est dans des conditions analogues qu'un alcoolique halluciné a, tout récemment, tué à coups de revolver sa femme et deux de ses enfants, qu'il menaçait depuis longtemps.

Un malade refuse les aliments, un autre essaie de se suicider, un troisième est visiblement dans un état physique qui réclame des soins immédiats. Faut-il attendre les délais d'une procédure compliquée pour arriver à l'internement et par suite au traitement ?

Donc le terme idéal du progrès serait, à notre avis, d'abord l'internement rapide, ensuite le contrôle rigoureux, donnant une satisfaction légitime aux inquiétudes de l'opinion. Ces deux conditions se retrouvent, en somme, dans la loi de 1838, dont les prescriptions, si elles étaient religieusement appliquées, rendraient impossible toute séquestration irrégulière.

Mais, si l'on croit que des moyens de surveillance plus compliqués doivent être employés, nous demandons que le dernier mot soit laissé à la médecine et aux experts qualifiés par leurs études scientifiques. Sans vouloir en aucune façon mettre en suspicion les lumières des magistrats, nous croyons qu'ils ne seraient pas plus autorisés à trancher une question de diagnostic difficile, que les médecins à résoudre un point épineux de droit.

La lutte qui s'élève entre les deux systèmes opposés ne se rencontre pas seulement en France : nous la retrouvons dans le monde entier.

Dans tous les pays on a cherché à établir une sorte d'équilibre entre l'autorité médicale et l'autorité, soit administrative, soit judiciaire.

La balance penche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Nous citerons parmi les pays dans lesquels l'autorité médicale est prépondérante : la Russie, la Belgique, l'Autriche, la Suède, la Norvège et la France, sous l'empire de la loi de 1838. Dans ces diverses contrées, l'autorité administrative contrôle l'action médicale dans une mesure plus ou moins étendue, mais en laissant la part principale au médecin.

Toutefois il arrive souvent que les formalités prescrites rendent impossibles (du moins en pratique) les placements d'urgence. Aussi l'officier de police, dans un but louable et pour le maintien de l'ordre public, les néglige-t-il quelquefois pour interner directement l'aliéné, quitte à réparer plus tard cette omission. On ne saurait l'en blâmer, mais on comprend qu'il se produit ici une fissure par laquelle peuvent s'introduire de graves abus. Une bonne loi doit prévoir tous les cas susceptibles de se présenter, afin de ne jamais laisser à l'arbitraire l'interprétation de ses articles. C'est ainsi qu'en atténuant l'intervention du médecin pour augmenter et accentuer celle de l'administration, on passe à côté du but qu'on s'était proposé de remplir.

Les pays au contraire où la balance penche du côté de l'administration sont : l'Angleterre, l'Italie, l'Espagne, les États-Unis (dans la plupart des États qui composent la Confédération), la Hollande, enfin la France qui, sous le régime du projet en délibération, occuperait pour ainsi dire une position intermédiaire.

Il se présente ici quelques réflexions que nous ne pouvons nous dispenser de soumettre au Congrès. Si nous avons fait ressortir les inconvénients que peut présenter l'intervention des magistrats, à certains points de vue, et dans quelques cas particuliers, nous n'avons jamais oublié l'autorité que leur confère le rôle dont ils sont investis, et les lumières qu'ils sont censés posséder.

Mais que dire de l'immixtion du jury dans l'internement et la séquestration d'un aliéné ? Quelle peut être la compétence de douze honorables commerçants tirés au sort, et qui, dans toute leur vie, n'ont peut-être jamais eu l'occasion de voir un fou ?

Telle est pourtant la législation adoptée dans la plupart des États de l'Amérique du Nord. Il est juste de dire qu'un médecin doit le plus souvent faire partie de ce jury ; mais son action est nulle, car il est fatalement en minorité. De plus, par une anomalie invraisemblable, dans tous les États où le jury possède ces attributions souveraines, le certificat médical n'est même pas exigé.

Nous trouvons d'ailleurs, dans divers États de l'Amérique du

Nord, des dispositions particulières, qui présentent à nos yeux un aspect étrange.

Dans l'Indiana, l'admission des aliénés ordinaires est confiée à la Cour du *Circuit* après examen préalable fait par le juge de paix, assisté par un de ses collègues et d'un médecin honorable; si la Cour, après examen, trouve que la personne est réellement atteinte d'aliénation mentale, elle en fait une déclaration qui permet le placement à l'asile.

Mais s'il s'agit d'un aliéné réputé dangereux, on le soumet au jugement d'un jury composé de six *propriétaires*. C'est pousser un peu loin le respect de la propriété, et l'on ne voit pas très bien quelles sont les lumières spéciales que les jurés propriétaires peuvent apporter au diagnostic de la folie. Peut-être a-t-on voulu s'adresser à des citoyens possédant une certaine fortune, afin de pouvoir leur infliger des dommages-intérêts, en cas de besoin.

Une autre disposition, qui peut être très diversement appréciée, c'est que les asiles de l'État doivent être librement ouverts au public, tous les jours de 2 à 5 heures, excepté le dimanche, et que tout citoyen doit être libre d'en visiter toutes les salles. Les inconvénients d'un pareil système sautent aux yeux. Sans parler de l'agitation provoquée chez certains malades, que devient le secret professionnel et la pudeur des familles? Qu'on autorise, dans l'intérêt de l'enseignement, de pareilles visites, de loin en loin, sous la direction d'un professeur et avec l'assentiment de l'administration, cela peut se comprendre; mais quel avantage peut-il y avoir à soumettre de malheureux fous à la curiosité du premier venu? C'est sans doute la crainte exagérée des séquestrations arbitraires qui vient ici troubler encore le sentiment des plus simples convenances.

En Géorgie, on admet trois catégories de placements. Les aliénés payants ou *pensionnaires* ne peuvent être admis qu'après un certificat signé de trois médecins. Les aliénés indigents sont admis en vertu d'un jugement du tribunal local, rendu avec ou sans le concours du jury. Enfin, les *nègres* sont reçus sur un simple certificat des autorités locales.

Pourquoi ces distinctions fondées sur la fortune ou la couleur? Toutes les conditions sociales ne sont-elles pas égales devant la folie?

Cette tendance peu conforme à l'équité se retrouve, à divers degrés, dans les législations de plusieurs États.

Dans le territoire de Dakota et dans l'État de Virginie, lorsque

les asiles sont encombrés, on conduit les malades indigents en prison.

Il y a longtemps que la loi française a décrété que les aliénés ne pourront, dans aucun cas, être confondus avec les prisonniers, ni traités comme tels.

Un trait de mœurs remarquable et qui est en rapport avec les idées sur les droits de la femme, depuis longtemps acceptées en Amérique, et qui tendent à être acceptées en Europe, c'est l'intervention des dames dans les commissions chargées du placement et de la surveillance des aliénés. Nous ne saurions y voir aucun inconvénient, mais à la condition qu'elles soient pourvues du diplôme de docteur en médecine, chose facile à réaliser à notre époque.

Autrement, nous ne voyons pas quels sont les titres spéciaux qui peuvent justifier ici le privilège accordé au sexe féminin.

Signalons ici un grave défaut de plusieurs législations étrangères. Certes, nous ne pouvons espérer qu'une législation internationale soit créée pour les aliénés ; il serait trop difficile de la faire accepter par tous les gouvernements intéressés. Mais il est stupéfiant de voir que, dans un seul et même pays, les lois, les règlements les plus contradictoires, soient appelés à régir la condition des malades.

C'est pourtant là ce qui se passe en Angleterre, en Suisse et aux États-Unis d'Amérique. Il semble à des esprits français que l'unification de ces lois est une nécessité qui s'impose.

En Suisse, les cantons de Genève et de Neuchâtel possèdent seuls une loi sur la matière. Les autres cantons sont gouvernés par de simples règlements.

Les alcooliques, les morphinomanes et les autres victimes d'habitudes analogues, devraient certainement être l'objet de dispositions spéciales ; mais presque toutes les législations sont muettes sur ce point.

Nous trouvons cependant une excellente disposition dans les lois de l'État de Géorgie (États-Unis) ; la voici : Peut être admis à l'Asile tout individu qui, à la suite d'une procédure spéciale et réglée par le Code, a été déclaré être un ivrogne hors d'état d'administrer ses biens : la demande d'admission doit être faite par l'individu lui-même, ou à son défaut par son plus proche parent. Même sans déclaration judiciaire, peut être admis celui qui en fait lui-même la demande appuyée d'un certificat de trois médecins.

Une disposition semblable rendrait les plus grands services en Europe et surtout en France, où l'absence de tout moyen de contrainte paralyse à cet égard l'action des intéressés. Nous en dirons autant en ce qui touche les morphinomanes, dont le nombre toujours croissant tend à devenir une des plaies de la société.

Les sujets de ce genre, sans être à proprement parler des aliénés, devraient être assujettis à une contrainte régulière dans leur intérêt personnel, aussi bien que dans celui de la société.

Il est une innovation heureuse que nous tenons à signaler dans le projet de loi adopté par le Sénat français ; nous voulons parler du droit accordé à certains aliénés de réclamer eux-mêmes leur placement.

Les idées qui régnaient autrefois nous représentaient la folie comme un mal qui s'ignore lui-même, et l'on ne pouvait guère songer à tolérer l'intervention du malade dans sa propre séquestration.

Mais aujourd'hui nous savons que plus d'un prédestiné sent venir les approches de l'orage qui menace sa raison. Nous savons aussi que plus d'un sujet, incapable de résister aux impulsions qui le tyrannisent, a parfaitement conscience de son état, qu'il le déplore, et qu'il voudrait le combattre par des précautions bien légitimes. Les faits de ce genre, depuis longtemps connus, n'avaient cependant pas été jusqu'ici l'objet d'une disposition spéciale ; cette lacune vient enfin d'être comblée dans le projet de loi dont nous avons parlé.

Il faudrait, bien entendu, prendre des précautions rigoureuses contre la simulation ; car la paresse, l'indigence ou le défaut de travail pourraient aisément créer des piliers d'asile, comme il y a des piliers d'hôpital. Mais c'est là un travail qu'on peut confier sans crainte au discernement des médecins ; et, puisqu'il est facile de déjouer des ruses pareilles, quand il s'agit des maladies ordinaires, il ne doit pas être beaucoup plus difficile d'arriver à connaître la vérité quand il s'agit d'aliénation mentale.

Nous avons omis à dessein de parler de la question si pénible et controversée du placement des aliénés dits criminels. Ce n'est point une fraction de rapport, mais un rapport spécial tout entier qu'il faudrait consacrer à cet immense sujet, qui touche à des points que nous croyons absolument en dehors du programme qui nous a été tracé.

Nous allons maintenant pénétrer dans les détails, et présenter une analyse succincte des dispositions édictées dans la plupart des pays étrangers, au sujet de la séquestration des aliénés. Nous terminerons cet exposé sommaire par quelques lignes sur la situation actuelle de la législation à cet égard en France [1].

Angleterre. — En Angleterre, dans le pays de Galles, en Écosse, en Irlande, il n'y a pas de loi unique réglementant la situation des aliénés. Le mode de placement dans chacune des parties du Royaume-Uni, est réglé par des procédés, qui, non seulement ne sont pas identiques, mais qui sont presque antagonistes. D'ailleurs, dans l'Angleterre seule, il n'y a pas moins d'une quarantaine d'actes du Parlement édictés, quelques-uns au siècle dernier, le plus grand nombre dans le siècle actuel, s'occupant de la folie et de son traitement. Ces actes manquent d'homogénéité et sont souvent contradictoires entre eux.

En Angleterre et dans le pays de Galles, une certaine catégorie d'aliénés (un millier environ sur 76.000) bénéficient, sous le nom du Lord Chancelier, d'une protection efficace de leurs personnes et de leurs biens. En dehors de ces malades privilégiés, les autres aliénés, les indigents surtout, ne jouissent pas de la même prérogative.

D'une façon générale, les placements sont de deux ordres :

1° Ceux qui sont prescrits par l'autorité publique, tantôt par mesure de charité, tantôt par mesure de sûreté ; c'est l'analogue de nos placements d'office ; ils ont pour objet le plus souvent des aliénés indigents ;

2° Ceux qui sont effectués par les particuliers ; c'est l'analogue de nos placements volontaires.

Pour les premiers, lorsque le médecin des pauvres constate qu'un indigent est devenu aliéné, il le signale aux officiers de charité. (On sait qu'en Angleterre, en vertu de la loi sur les pauvres, l'assistance des indigents est une charge légale, et chaque paroisse, ou groupe de paroisses [Union], possède un ou plusieurs officiers de charité, fonctionnaires chargés de l'initiative des mesures d'assistance.) C'est dans le délai de trois jours, qu'ils doivent être avertis par écrit. Dans un nouveau délai de trois jours, ces fonctionnaires transmettent l'avis à l'un des juges de paix du Comté

(1) La plupart des détails qui suivent ont été empruntés à l'excellent rapport de M. le Dr Roussel, sénateur.

ou du Bourg. Dans les trois jours, le juge de paix, assisté d'un médecin, voit l'aliéné, soit qu'il le fasse comparaître, soit qu'il se rende lui-même au domicile du malade. Il peut se faire suppléer par un ministre du culte, accompagné d'un officier de charité et d'un médecin.

Le médecin signe alors un certificat d'aliénation mentale, conforme à un type unique, sur le vu duquel le juge de paix, s'il a reconnu l'existence de la folie, ordonne enfin le placement de l'aliéné. — Dans les trois jours, toutes ces pièces, augmentées du certificat d'entrée signé par le médecin de l'asile, doivent être envoyées au bureau central des *Commissionners in Lunacy*. Si ces pièces sont incorrectes ou incomplètes, le placement est nul. Cette précaution fait éviter les certificats rédigés à la hâte et sans soin, et nous paraît un excellent moyen de contrôle.

Quant aux placements opérés par les particuliers et pour des aliénés non indigents, il faut d'abord une demande d'admission, signée par un parent ou ami, et de plus, deux certificats de médecins, étrangers à la maison de santé choisie, et qui doivent avoir, séparément et le même jour, visité le malade et sept jours au plus avant l'internement. Le cas d'urgence est cependant prévu et les deux certificats ne sont pas nécessaires, mais en ce cas, le malade doit, dans les trois jours suivants, être examiné par deux médecins. Remarquons qu'ici l'intervention du magistrat est nulle.

Enfin, les aliénés du Lord Chancelier, ou *aliénés déclarés tels après inquisition*, peuvent être internés sans certificat médical. Il est vrai qu'ils ont été antérieurement l'objet d'une enquête.

Écosse. — En Écosse, tous les placements doivent être ordonnés par un dépositaire de l'autorité publique, le shériff. La seule différence qu'il y ait entre le mode de placement des aliénés indigents et des non indigents, consiste en ce que, pour obtenir du shériff le placement d'un non indigent, il faut fournir des certificats de deux médecins, étrangers tous deux à l'établissement, tandis que pour les indigents, l'un des deux certificats peut être signé par un médecin attaché à l'établissement. En cas d'urgence, le malade peut être reçu d'emblée, sur un seul certificat médical, et gardé pendant trois jours, délai qui permet de remplir les formalités ordinaires, c'est-à-dire de se procurer deux autres certificats médicaux et obtenir l'ordonnance du shériff.

Il y a, à Édimbourg comme à Londres, un bureau central de

Commissionners in Lunacy, qui concentre entre ses mains la direction de tout le service, la protection et la surveillance de tous les aliénés, et qui tient un registre complet de tous les malades. Il n'y a en Écosse rien d'analogue à la catégorie des aliénés du Lord Chancelier d'Angleterre, ni au corps spécial de fonctionnaires chargés de l'administration de leurs biens et de la protection de leurs personnes.

Suisse. — Il n'y a pas de loi générale réglant d'une façon uniforme le régime des aliénés dans toute la Confédération Helvétique. Chaque canton possède son autonomie administrative, et se règle souvent, pour cette question, sur des ordonnances de police, ou simplement sur le droit coutumier.

Dans les cantons de Zurich et de Lucerne, on exige pour l'admission d'un malade, outre l'historique de la maladie et la constatation de l'aliénation mentale, certifiée par un médecin, un certificat signé par les parents ou tuteurs, par lequel ils donnent leur assentiment. Le cas est prévu où le malade demanderait lui-même son admission. Si le placement a lieu par ordre de police et contre la volonté du malade et de ses tuteurs, on devra produire : 1° un procès-verbal de la préfecture de police déclarant le malade dangereux ; 2° un certificat médical.

Dans le canton de Berne sont réclamés, outre les formalités précédentes, un certificat signé par le curé ou le pasteur, et par le maire, de plus un visa du préfet certifiant que les pièces lui ont été présentées, et qu'il en approuve la teneur.

Dans le canton de Bâle-ville, les aliénés sont admis sur la déclaration d'un médecin et l'approbation du directeur du quartier d'aliénés de l'hôpital.

Dans le canton de Neuchâtel, l'aliéné ne peut-être interné qu'avec une autorisation du conseil d'État, donnée après une demande d'un parent ou ami, appuyée d'un certificat médical : en cas d'urgence, l'internement peut précéder l'autorisation du conseil.

Dans le canton de Genève, l'autorisation de placement doit être accordée par le lieutenant de police. Ce magistrat, ou un auditeur délégué à cet effet, doit avoir vu l'aliéné, à moins qu'il n'y ait un certificat médical.

Dans quelques cantons (Appenzell, Thurgovie), il existe des sociétés de bienfaisance privées qui se chargent du placement et du traitement des aliénés.

Le canton du Tessin, depuis l'année 1880, fait traiter ses aliénés à l'hôpital de Somo (Italie).

Enfin, dans la plupart des autres cantons, il n'y a ni loi, ni règlement se rapportant aux aliénés, qui sont traités soit à domicile soit chez des particuliers. Il va sans dire que la surveillance de ces malades laisse souvent à désirer.

Belgique. — En 1873-74, la Belgique a revisé sa loi sur les aliénés, qui datait de 1850. Les prescriptions relatives à l'internement sont les suivantes :

1° Certificat médical ;

2° Demande d'admission d'un parent, allié ou ami, visée par le bourgmestre ;

3° Arrêté de collocation pris par l'autorité locale ;

4° Arrêté de la députation permanente du Conseil provincial. En cas d'urgence, une collocation provisoire peut être requise par le bourgmestre, et l'arrêté de députation peut être porté par le gouverneur seul ; le certificat médical lui-même peut n'être remis que vingt-quatre heures après l'internement.

Les aliénés gardés dans leur famille sont visités d'une façon régulière par le juge de paix, et par un médecin commis à cet effet.

Il n'y a donc pas de placements d'office. Mais, en fait, l'autorité locale se substitue, le cas échéant, à la famille.

Les prescriptions sont les mêmes sensiblement pour l'antique et célèbre colonie de Gheel et pour la colonie de Lierneux : elles sont réglées par un comité de placement composé des médecins de la colonie, du secrétaire receveur, et présidé par le juge de paix du canton.

Dans le grand-duché de Luxembourg les formalités sont les mêmes.

Hollande. — Le placement d'un aliéné se fait sur la demande d'un parent ou tuteur, adressée au juge du canton. Mais l'officier de justice près le tribunal d'arrondissement peut lui-même prendre cette initiative (placement d'office). A cette demande est joint un certificat médical. Si le juge ne trouve pas de motifs suffisants pour accorder l'autorisation de placement, l'affaire est jugée en dernier ressort par le tribunal d'arrondissement. Dans les quatre semaines, une demande nou-

velle, signée par un procureur, avec observation du médecin traitant, conclut à la maintenue de l'aliéné pour une durée d'un an au maximum. Ce délai expiré, les mêmes formalités sont renouvelées.

Italie. — La base de la législature italienne, aujourd'hui unifiée, est que la réclusion dans un manicome doit être toujours autorisée par le pouvoir judiciaire. Une demande de placement est présentée par un parent, un tuteur ou tout citoyen, ou toute autorité publique, soit dans l'intérêt de l'aliéné, soit dans celui de la société.

Cette demande doit être appuyée par un certificat médical, dont la date ne remonte pas au delà d'une semaine. Ces pièces sont envoyées au préfet ou au maire, qui, dans les vingt-quatre heures, les transmet à l'autorité judiciaire, afin qu'elle autorise la réclusion de l'aliéné, sauf à ordonner, *dans les cas d'urgence*, leur garde provisoire dans le manicome. Le directeur du manicome, après une période d'observation de quinze jours environ, transmet au procureur du roi un rapport sur la nature de la maladie et sur l'opportunité du maintien de l'aliéné. Le tribunal, sur la proposition du procureur du roi, procédant par voie sommaire en chambre du conseil, après avoir pris les informations qu'il croit nécessaires, rend l'arrêt de réclusion définitive ou ordonne la libération.

Au bout d'un an, si l'état de maladie habituelle est prouvé, le tribunal rendra le jugement rogatoire d'interdiction.

Le traitement des aliénés dans leur famille est soumis aux mêmes formalités.

Il n'y a pas de formalités pour la réintégration d'un aliéné qui a bénéficié d'une sortie d'essai et qui est incomplètement guéri.

Mais le directeur du manicome doit en donner avis au tribunal. — C'est encore le tribunal qui ordonne les sorties. — Dans la pratique, le placement (provisoire il est vrai) des aliénés en cas d'urgence, pouvant précéder l'arrêt du tribunal, 99 p. 100 *des placements* sont cotés comme d'urgence. Un des principes fondamentaux de la loi italienne se trouve ainsi vicié.

Espagne. — Le décret royal du 19 mai 1885 a complètement transformé la législation, en transportant aux tribunaux toute autorité sur le placement des aliénés et en ne laissant aux

médecins qu'une voix purement consultative. En voici les principales dispositions :

Le placement des fous se divise en deux parties :

1° Observation ;
2° Réclusion définitive.

Cette disposition n'est pas applicable aux asiles publics. Mais, comme il n'existe en Espagne qu'un seul asile public, celui de Leganez, on peut dire qu'elle est universelle en pratique.

Pour qu'un aliéné puisse être placé, il faut une demande de son plus proche parent, appuyée d'un certificat signé par deux docteurs ou licenciés en médecine et visé par l'alcade de la localité. Cette demande devra être présentée à la députation provinciale (ou conseil général), si l'établissement appartient à la province, et au conseil municipal, si l'établissement est municipal. Les autorités devront pourvoir à la création de quartiers d'observation pour y recevoir les aliénés, en attendant qu'ils soient mis en réclusion permanente.

Dans les maisons de santé particulières, l'admission devra être soumise aux règles spéciales à chaque établissement, qui peuvent varier considérablement entre elles, mais qui doivent avoir reçu l'approbation de l'autorité.

Trois heures après la réception du malade, il en sera rendu compte aux autorités, par le directeur de l'établissement, qui devra mentionner le nom du malade ainsi que ses qualités, les noms des médecins signataires du certificat et de l'auteur de la demande de placement.

La mise en observation ne pourra avoir lieu qu'en cas d'urgence reconnue par *l'Alcade* et le *subdélégué médical* (1).

S'il n'y a pas urgence, le malade ne pourra être placé qu'en vertu d'une décision du tribunal de première instance rendue après enquête. Cette mise en observation ne pourra être acceptée que pour une première fois : s'il est nécessaire de la recommencer, il faudra reprendre la procédure judiciaire de fond en comble.

Les malades seront admis dans les maisons avant la délivrance du jugement qui les *condamne* (sic).

(1) Nous ne connaissons pas au juste les qualités de ce fonctionnaire. Nous ne savons même pas s'il est docteur en médecine.

Dans le délai de trois mois (six dans les cas douteux) un certificat devra être adressé aux autorités par le ou les médecins du manicome.

Enfin, pour obtenir la *réclusion* définitive d'un aliéné, il faut présenter au tribunal de première instance un dossier destiné à prouver l'existence de la maladie, et à justifier la nécessité de l'internement.

Des dispositions spéciales sont applicables aux militaires des armées de terre et de mer, ou aux fonctionnaires de l'État.

Enfin, les aliénés arrêtés sur la voie publique pourront être placés immédiatement par ordre de l'autorité publique, sauf à remplir plus tard les formalités précitées.

Autriche. — Comme en France, l'aliéné est reçu sur le vu d'un certificat datant de moins de quinze jours, rédigé par un médecin de la commune qu'habite le malade ou confirmé par l'un d'eux, s'il émane d'un autre médecin. Si le malade a déjà été traité, on produira un historique de la maladie. Les aliénés internés d'office, par mesure de sécurité publique, sont admis sur la présentation d'un certificat dressé par un médecin commis à cet effet. Dans les vingt-quatre heures, le médecin de l'établissement doit informer le tribunal de première instance de l'admission de l'aliéné et en demander la confirmation. Cette formalité n'est pas obligatoire si l'aliéné est encore soumis à la puissance paternelle. — Les sorties sont soumises à certaines formalités et garanties. — On voit qu'en somme, en Autriche, les formalités sont à leur minimum d'exigence.

États-Unis d'Amérique. — Il est fort difficile de présenter un résumé de la législation des aliénés dans cet immense pays. Il n'y a pas en somme de loi d'État générale. Chaque territoire, chaque État s'administre à sa guise, comme nous l'avons vu pour les cantons suisses. Seulement la confusion qui règne dans toutes ces législations locales si diverses et souvent contradictoires, est encore plus grande ici.

Dans certains États la législation, de même que l'administration et la tenue des asiles approchent le plus possible de la perfection. Citons, à cet égard, l'État de Pensylvanie. Dans d'autres, au contraire, on rencontre des pratiques barbares et des anomalies administratives invraisemblables. C'est ainsi que, dans la Louisiane, toute personne entrant sans permission dans

un asile d'aliénés, est passible d'une amende de 500 francs ou de dix à trente jours de prison ou des deux peines réunies.

Les asiles de l'Indiana, au contraire, sont ouverts au public qui peut pénétrer dans toutes les salles de deux à cinq heures.

Dans quelques rares États, le placement fait par le médecin se rapproche du placement français.

En Géorgie, certificats de trois médecins pour les aliénés payants.

Dans le Maine, le New-Hampshire, et le Vermont, placement soit par la famille, soit par la municipalité, avec certificat de deux médecins. — En Colombie, placement par deux médecins assistés de deux citoyens honorables.

Dans certains États, un conseil, dans la composition duquel entre un médecin, décide des internements (Dakota, Iowa, Mumesta, Nebraska, Caroline du Nord, Rhode-Island, Wisconsin). Des dames figurent parfois dans ces comités. — Une autre catégorie d'États fait opérer les placements par le juge du tribunal des Probates, après enquête, au cours de laquelle un médecin peut être appelé en témoignage sans que le juge soit forcé de le faire, du moins, dans la plupart des États (Alabama, Arizona, Arkansas, Californie, Connecticut, Floride, Idaho, Louisiane, Massachusets, Michigan, Nevada, New-Jersey New-York, Orégon, Washington, Wyoming).

D'autres États font décréter le placement par le jury. Quelquefois un médecin fait partie de ce jury composé, tantôt de six, tantôt de douze personnes (Delaware, Illinois, Kansas, Kentucky, Maryland, Mississipi, Missouri, Montana, Texas).

Dans la plupart des États, lorsqu'un cas est litigieux, il est porté devant le jury. Presque partout, le jury décide des placements d'office ; la distinction tranchée entre les placements volontaires et les placements d'office, n'est faite que dans le Mississipi, le Missouri et le Texas.

L'État d'Indiana possède une législation assez compliquée qui peut se résumer ainsi : Déclaration devant le juge de paix, d'après un questionnaire qui ne renferme pas moins de 22 questions. Le juge alors s'adjoint un collègue et un médecin autre que celui du malade, et se rend près de l'aliéné. L'affaire est ensuite portée devant la cour, qui fixe le jour d'audience. Des témoins entendus, elle délivre la déclaration officielle d'aliénation mentale, grâce à laquelle le malade peut être admis dans l'asile. Pour les aliénés dangereux, le jugement est rendu par un jury de six propriétaires.

Canada. — Il y a deux sortes de placements: le placement public, et le placement privé. Pour opérer le placement public, il faut une demande de la famille, un certificat médical, accompagné d'un long historique (si possible) de la maladie, relatant aussi tout ce qui a trait à l'aliéné, au point de vue civil, social et médical, de plus un certificat d'indigence signé du maire, et un certificat du juge de paix ou du curé.

Pour le placement privé, à la demande de la famille doivent être joints deux certificats médicaux. En cas d'urgence, l'enquête faite par le juge de paix peut être faite après l'envoi du malade à l'asile.

Les asiles du Canada n'appartenant pas au gouvernement, mais étant affermés à des particuliers, le fonctionnement des asiles, tant au point de vue de l'administration que du traitement des malades, est l'objet d'un contrôle très sévère.

Suède et Norvège. — Dans ces deux pays les familles ou les autorités locales qui veulent faire soigner un aliéné, ont le droit de s'adresser directement à la direction de l'hôpital ou de l'asile d'aliénés, sans passer par aucune autre autorité intermédiaire. — La loi suédoise exige un certificat détaillé, rédigé d'après un questionnaire annexé à la loi. Elle réclame en outre une attestation du pasteur et des réponses faites par le pasteur ou des personnes honorables, à un questionnaire annexé à la loi. En cas d'urgence, l'aliéné peut être conduit directement à l'asile et les formalités sont ensuite remplies, mais dans un bref délai. Les mêmes dispositions existent en Norvège. Mais, de plus, la famille à le droit d'en appeler des décisions du médecin de l'asile, à une commission supérieure de contrôle. — Si dans ces deux pays on est très facile pour admettre directement les aliénés, la commission de contrôle intervient toujours dans la suite pour décider, soit le maintien, soit la sortie du malade.

Russie. — Il y a en Russie, au point de vue administratif, deux classes d'individus: ceux qui sont en service d'État (militaires, marins, fonctionnaires et employés de tous grades), et ceux qui ne sont pas employés de l'État. Pour interner un aliéné de la première catégorie, il suffit d'un certificat rédigé par le médecin du service dont il dépend.

Quant aux individus de la seconde catégorie, ils peuvent être amenés directement à l'Asile, avec ou sans certificat. Dans les

vingt-quatre heures, le Directeur doit envoyer un rapport à une Commission spéciale présidée par le gouverneur de la province. Les mêmes formalités sont observées pour le placement dans une maison de santé particulière. Lorsqu'il s'agit d'un aliéné dangereux ou ayant commis un crime ou délit, on envoie le malade au dépôt de police qui existe dans chaque ville. Ce dépôt d'observation qui reçoit également les ivrognes, les malfaiteurs, effectue lui-même le placement. En outre des inspecteurs nommés par le gouvernement, chaque classe d'individus, classe aristocratique, classe bourgeoise, etc., élit un inspecteur spécial qui a pleins pouvoirs pour pénétrer dans les Asiles et contrôler leur administration [1].

France. — Jetons maintenant un coup d'œil sur la situation actuelle en France.

La loi de 1838, dont les dispositions sont trop connues pour qu'il soit utile de les rappeler, était, comme on l'a dit à juste titre, une loi essentiellement médicale. L'intervention du médecin à chaque étape, depuis l'entrée jusqu'à la sortie de l'aliéné ; tel en était le caractère distinctif.

Obéissant, dans une certaine mesure, aux inquiétudes que soulevait l'intervention médicale et à la crainte excessive des séquestrations arbitraires, subissant en un mot les tendances du moment, le projet du Sénat substitue l'action judiciaire à l'action médicale. C'est en effet par une décision judiciaire que la situation est définitivement réglée, et, pour parer aux cas urgents, on a recours au placement dans un quartier d'observation, zone intermédiaire entre la séquestration complète et la liberté pleine et entière.

On exige d'abord un certificat médical muni de deux signatures. Cette garantie nous paraît illusoire. En effet, deux hommes incompétents ne feront jamais la monnaie d'un aliéniste éclairé. D'ailleurs, il est facile de prévoir que la nécessité d'une seconde signature ne tardera pas en pratique à créer une catégorie de médecins, qui auront pour spécialité d'apposer leur signature en seconde ligne sur des certificats d'aliénation mentale. Il serait bien préférable, à notre avis, de n'exiger qu'une seule signature, mais en réservant à certains médecins, désignés d'avance, le droit de délivrer les certificats.

[1] Nous manquons dé renseignements sur la Grèce, le Danemarck et le Portugal.

On puiserait largement les éléments de cette organisation dans le personnel des asiles et des tribunaux. Mais ce n'est là qu'un détail.

Le malade pourvu d'un certificat sera placé, comme nous l'avons dit, dans un quartier d'observation.

Dans les quinze jours, le tribunal est saisi d'une demande de placement formulée par la famille ou les amis. C'est en chambre du conseil que la décision est rendue d'urgence.

Certains sénateurs avaient demandé que la délibération fût publique. Cet amendement, qui eût été la violation la plus flagrante du secret professionnel, si rigoureusement imposé aux médecins, a été heureusement rejeté. Le tribunal (art. 21) peut surseoir à sa décision.

La nouvelle loi institue (art. 11 et 12), dans chaque département, une commission permanente comprenant un juge, un avocat, un avoué, un notaire, un conseiller de préfecture, un conseiller général et un docteur en médecine, intitulé *médecin secrétaire*. Chaque aliéné, dans les cinq jours qui suivent le placement, doit être examiné par deux membres de cette Commission, dont le médecin. C'est après la communication du rapport et l'avis de la Commission que le tribunal se prononce.

Ces articles de la loi (art. 16 à 20) ne visent que les placements volontaires. Les placements dits d'office ne subissent pas de modification digne d'être notée.

Enfin, nous ne pouvons omettre l'article 6 qui concerne la surveillance de l'aliéné traité à domicile. Il comble une des rares lacunes de la loi de 1838.

Nous ne voulons point revenir sur nos réflexions précédentes : nous voulons seulement faire observer que le magistrat chargé d'appliquer la loi héritera forcément, s'il l'exécute, de l'impopularité qui pèse aujourd'hui sur la tête de l'aliéniste. Il va se trouver, en effet, en présence d'une catégorie de mécontents que rien ne pourra jamais satisfaire, aussi longtemps qu'on n'aura point renversé les murs des asiles, et mis en liberté tous les fous. La suppression absolue de toute contrainte appliquée aux insensés, tel est en effet le dernier terme, et la conclusion forcée du mouvement auquel nous assistons; et quelque dangereux que puisse être un aliéné, quelque profond que soit son délire, il se trouvera toujours des voix bruyantes pour demander impérieusement sa mise en liberté, et des publicistes pour appuyer leurs réclamations. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Falret. — Je suis parfaitement d'accord avec M. Ball sur les différents points examinés dans son rapport. Je ne viens donc pas discuter ce rapport ; j'y ajouterai seulement une annexe en examinant les divers points sur lesquels la loi nouvelle adoptée par le Sénat et qui est actuellement soumise à la Chambre des députés, diffère de la législation existante, c'est-à-dire de la loi de 1838.

Ces différences portent sur six points principaux que je vais étudier successivement :

1er Point. *Conditions de l'entrée des aliénés dans les asiles.* — C'est le point sur lequel a surtout porté la discussion depuis trente ans, entre partisans et adversaires de la loi de 1838. Aujourd'hui, un certificat médical et une demande d'admission suffisent pour le placement d'un aliéné dans un asile public ou privé. Les adversaires de la loi actuelle trouvent que c'est là une énormité et demandent un plus grand nombre de garanties en faveur de la liberté individuelle. Les partisans de cette loi affirment que ces garanties sont suffisantes et qu'on ne peut citer un seul exemple sérieux et authentique de séquestration illégale. Mais l'opinion publique réclame aujourd'hui avec insistance des satisfactions, et ceux mêmes qui ne les croient pas nécessaires s'appliquent à en découvrir pour contenter cette opinion surexcitée. Quelles sont ces garanties nouvelles qu'on a successivement réclamées ?

On a d'abord réclamé deux certificats de médecin, au lieu d'un ; mais on a répondu avec raison que sur ces deux certificats, le plus souvent un seul est sérieux ; et d'autre part que toute responsabilité partagée est une responsabilité atténuée. On a encore objecté avec raison que si l'on exigeait de si nombreux certificats, on arriverait à créer une classe de *médecins certificateurs*, qui se substitueraient aux médecins traitants, ayant une connaissance plus grande des malades que ceux appelés d'une manière incidente, à la dernière heure. Enfin, on a fait observer que dans la pratique actuelle de la loi de 1838, il y a en réalité deux certificats de médecin : celui du médecin qui place et celui du médecin de l'asile, dont la responsabilité est la plus sérieuse de toutes.

Comme second degré de garantie, avant l'entrée, plusieurs projets de loi, étudiés par des commissions parlementaires ou extra-parlementaires, ont demandé le visa d'un magistrat quelconque pour le certificat du médecin : maire, commissaire de police, juge de paix, ou substitut. Mais cette garantie n'est qu'apparente, attendu que de deux choses l'une : ou bien la signature de ces magistrats sera un simple visa sans importance, ou bien, si elle est sérieuse, elle exigera l'examen personnel des malades par ces divers magistrats et par conséquent substituera leur jugement à la compétence spéciale du médecin.

Du reste, dans tous ces projets, on oublie une chose capitale : la volonté et le secret des familles. A l'exception des cas relativement rares, où les aliénés sont amenés devant les magistrats par un délit ou un acte public, quelle est la personne qui soumet l'aliéné à l'examen du médecin ? Ce n'est pas le malade lui-même, qui ne vient se présenter que très rarement spontanément, mais c'est un parent ou un ami. Or, quelle est la famille qui fera abstraction de tous ses sentiments et du besoin du secret si impérieux dans une pareille situation, pour venir soumettre un malade à l'examen du magistrat. On a confiance dans le secret professionnel d'un médecin, tandis qu'on redoute l'intervention de la justice ou de l'autorité administrative. Si donc cette formalité légale entrait dans la loi, elle irait précisément contre le but qu'on s'est proposé. Les parents ne voulant pas s'exposer à ce contrôle, auraient recours à des moyens détournés pour soigner leurs aliénés, et les placeraient chez des particuliers, dans des maisons tierces non surveillées, ou dans des maisons religieuses, ou encore les enverraient à l'étranger, en Suisse, en Belgique, en Italie, dans des pays qui ont adopté la législation française de 1838 et qui ne songent pas comme nous à la changer.

Ces deux garanties nouvelles réclamées par les adversaires de la loi de 1838, seraient à la rigueur acceptables, quoique sans grande utilité ; mais que penser de la troisième série de garanties que réclament généralement les journalistes, les avocats et même les magistrats, c'est-à-dire de l'examen direct, avant l'entrée dans les asiles, de tous les aliénés par la magistrature ou par le jury, en dehors de l'examen médical ? Le projet de MM. Gambetta et Magnin, en 1870, demandait l'examen de tous les aliénés par un jury composé de douze hommes de bon sens ; mais jusqu'à présent personne n'a pris ce projet au sérieux. Il

n'en est pas de même des diverses propositions qui ont été faites pour l'examen préalable de tous les aliénés, soit par un substitut, seul ou aidé d'un médecin, soit par le tribunal lui-même, réuni en chambre de conseil. Indépendamment de l'objection que nous faisions tout à l'heure, en demandant qui amènerait l'aliéné devant les magistrats, il y a l'objection de l'incompétence spéciale du substitut livré à lui-même, l'impossibilité matérielle de suffire à un pareil examen fréquemment renouvelé, et enfin — objection principale — les formes légales de l'interrogatoire judiciaire.

Se figure-t-on facilement l'examen d'un aliéné, conduit devant un magistrat et appelé à s'expliquer lui-même, contradictoirement, sur sa situation mentale ? Le magistrat lui disant, par exemple : « Que pensez-vous de votre situation mentale ? Voici un certificat de médecin, dont on va vous donner lecture et qui déclare que vous êtes aliéné et dangereux, et une demande signée de votre femme et de vos parents, qui fait la même déclaration, et qui réclame votre internement. Qu'en pensez-vous? » Le malade ne manquera pas de répondre : « C'est une infamie ! C'est le résultat d'une entente entre ma famille et mon médecin ! »

Concluons que, de deux choses l'une : ou le substitut, appelé à faire ce service, se bornerait à confirmer le certificat du médecin — et la garantie serait nulle ; — ou bien il voudrait élever autel contre autel, et de là un conflit insoluble entre la médecine et la magistrature, *au détriment du malade.*

Toutes ces difficultés augmenteraient encore considérablement et deviendraient absolument insolubles, si l'on substituait, comme on l'a souvent proposé, la chambre du conseil elle-même, ou même le tribunal en séance publique au simple examen d'un seul magistrat. Il faut n'avoir aucune notion des faits pratiques de chaque jour, pour faire sérieusement une pareille proposition.

Le Sénat, après un examen attentif de toutes ces propositions, a eu la sagesse de comprendre qu'elles étaient réellement inacceptables, et le rapport si remarquable de M. Th. Roussel, avec toutes les pièces à l'appui, conclut en définitive au maintien pur et simple des garanties de la loi de 1838, *avant l'entrée des aliénés dans les asiles*. Mais le Sénat, voulant donner des satisfactions à l'opinion publique, sans nuire à l'entrée facile des aliénés dans les asiles, si nécessaire au point de vue de la thérapeutique et de la sécurité publique, a cherché à créer de nouvelles

garanties, plus sérieuses que celles qui existent, immédiatement *après l'entrée*. C'est en cela que la loi adoptée par le Sénat diffère profondément de toutes les propositions faites antérieurement.

Le Sénat a posé en principe que l'entrée de l'aliéné dans l'asile devait être considérée comme simplement provisoire et non comme définitive, tant que le malade n'aurait pas été soumis à un nouvel examen, non seulement des médecins, comme cela se fait aujourd'hui, mais de la magistrature elle-même, représentée d'abord, dès le moment de l'entrée, par un substitut délégué aidé d'un médecin assermenté, puis, dans le délai d'un mois, par un jugement rendu, pour chaque aliéné individuellement, en chambre du conseil, sur le rapport du substitut délégué. Eh bien, nous ferons à cette disposition principale la même objection que nous avons faite précédemment à propos de l'intervention de la magistrature avant l'entrée : de deux choses l'une, ou l'intervention du substitut sera une pure formalité et presque un simple visa des certificats médicaux, ou elle aura la prétention de représenter un examen sérieux : or, dans ce dernier cas, c'est la compétence judiciaire substituée à la compétence spéciale ; c'est le conflit entre la magistrature et la médecine ; de plus, c'est l'impossibilité matérielle absolue de juger un si grand nombre de malades dans un temps aussi court. Or, lorsqu'on édicte des lois dont les articles sont inapplicables, on aboutit inévitablement en fait au maintien du *statu quo*, sous les apparences d'une législation nouvelle, ou bien à l'anarchie la plus complète. Demander l'examen de tous les aliénés français par les tribunaux dans le mois qui suit leur entrée dans les asiles et déclarer que leur internement ne peut être définitif qu'à cette condition, c'est décréter une énormité qui ne saurait résister à l'épreuve de la pratique.

La nouvelle législation, établie par le Sénat pour régulariser l'entrée des aliénés dans les établissements publics ou privés, nous paraît donc absolument irréalisable et nous concluons que si l'on doit chercher quelques améliorations sous ce rapport, à la loi de 1838, si excellente dans les principes qu'elle a promulgués et qui ont été sanctionnés par l'expérience, ces améliorations ne peuvent consister que dans des mesures plus exactes de surveillance administrative ou judiciaire, mais non dans un changement radical des bases mêmes de la législation existante.

2e point. *Garanties au moment de la sortie.* — On n'a pas seule-

ment reproché à la loi de 1838 de favoriser les séquestrations illégales, en rendant trop facile l'entrée dans les asiles d'aliénés ; on lui a également reproché de permettre le maintien indéfini des malades séquestrés, sans leur offrir les moyens suffisants pour obtenir leur sortie, lorsqu'ils sont guéris.

Cette objection si générale n'est pas plus exacte que celles relatives aux entrées ; mais elle n'en est pas moins généralement acceptée. Tout le monde répète qu'une fois entré dans un asile, on ne peut plus en sortir, et l'on fait surtout cette objection contre les asiles privés, où l'intérêt personnel du médecin semble être en contradiction avec l'intérêt du malade.

Mais ceux qui font ces objections ne connaissent pas bien les garanties réelles offertes par la loi de 1838 : l'existence de fréquents contrôles, l'obligation pour le directeur, sous les peines les plus sévères, d'envoyer aux autorités toutes les lettres et réclamations des malades, et enfin le droit pour tous les aliénés, pour leurs parents ou amis, ou même pour les étrangers, d'adresser directement une plainte au tribunal du lieu, qui, d'après l'article 29, juge directement la question en chambre du conseil. La magistrature, même d'après la loi de 1838, est donc le juge suprême pour la sortie des aliénés, et nous voyons tous les jours des aliénés sortir des asiles dans ces conditions, alors même qu'ils ne sont pas guéris.

Néanmoins, nous comprenons qu'il soit possible d'améliorer administrativement la loi de 1838 sous le rapport des sorties, et c'est ce que la loi du Sénat a cherché à faire. Mais ici encore, se dressent devant les modifications nouvelles des objections de même ordre que celles que nous avons discutées à propos des entrées.

Comment constituer cette surveillance continue et incessante des asiles d'aliénés ? Qui sera juge et à qui appartiendra la décision en dernier ressort ? Deux systèmes sont en présence : la surveillance administrative et la surveillance judiciaire. La surveillance administrative existe déjà dans une certaine mesure, d'après la loi de 1838. Dans les cas douteux, signalés par les médecins eux-mêmes ou par les réclamations des malades et des parents, les préfets délèguent un ou plusieurs médecins pour examiner l'état mental des malades qui réclament leur sortie, et en général les médecins délégués s'entendent avec le médecin de l'asile pour prononcer le maintien ou la sortie des malades, selon les cas. Mais, en cas de conflit, comment sortir de cette impasse ? La loi du Sénat a cherché à trancher cette difficulté en demandant dans

chaque département la nomination de médecins inspecteurs, chargés de faire un rapport au préfet, qui statuerait sur la sortie du malade.

Mais qui ne voit les inconvénients graves, dans la pratique, de ces dispositions légales? Au lieu de laisser décider cette question si grave de la sortie des aliénés par le médecin de l'asile qui connaît ses malades, qui les observe depuis longtemps, qui est au courant des diverses phases de leur maladie, qui a entre les mains tous les renseignements des parents et des surveillants de l'asile, et qui seul possède tous les éléments de jugement, on croit introduire une amélioration dans la législation existante, en abandonnant cette décision à un médecin inspecteur qui, souvent, ne connaîtra pas les aliénés, qui ne les verra qu'en passant, qui les jugera superficiellement et qui, le plus souvent, sera plus jeune, moins expérimenté et moins compétent que le médecin dont il sera chargé de contrôler l'opinion. Ajoutons que, le plus souvent, par la force des choses, ce médecin inspecteur se trouvera être, ou un interne récemment nommé, ou un médecin adjoint des asiles chargé de contrôler son chef.

Ce contrôle individuel d'un médecin par un autre médecin, moins compétent, serait encore moins acceptable s'il était exercé par un inspecteur étranger à la médecine ou par un membre du parquet, comme on l'a proposé.

Que dire maintenant du contrôle exercé collectivement par une commission, moitié médicale, moitié administrative? Cette commission serait-elle départementale, régionale ou centrale? Serait-elle permanente ou temporaire? Devrait-elle visiter les asiles à des époques indéterminées, ou ne juger que les réclamations individuelles, à mesure qu'elles se présenteraient? Devrait-elle, pour chaque cas particulier, se transporter en majorité dans l'asile, ou bien se faire représenter par un délégué? Y aurait-il, comme en Angleterre, indépendamment des commissions locales, une grande commission centrale, siégeant à Paris, au Ministère de l'intérieur, recevant toutes les réclamations de tous les asiles de France, et statuant sur chaque cas individuellement, en dernier ressort? Toutes ces questions sont bien difficiles à résoudre, et rien ne prouve que les décisions du Sénat à cet égard seront adoptées par la Chambre des députés et surtout qu'elles donneront les résultats qu'on en attend.

Les mêmes objections s'appliquent à plus forte raison au contrôle exercé par les magistrats, soit séparément, soit à la suite de

la surveillance administrative. Ces prétendues garanties nous paraissent presque toutes illusoires, et nous pensons que l'état de choses actuel suffit, sauf de légères modifications, pour faciliter la sortie des aliénés guéris, ou même des aliénés inoffensifs.

3e Point. *Sorties à titre d'essai.* — C'est là un point sur lequel la loi du Sénat a innové avec succès. De tout temps, les directeurs et médecins d'asiles ont autorisé exceptionnellement certains malades, périodiques ou convalescents, à sortir dans leurs familles, pendant un temps plus ou moins long, sans signer leur sortie définitive. Ces sorties avaient un double but: juger le degré de guérison du malade ou du convalescent, et ménager la transition entre la vie de l'asile et la vie de liberté. Ces sorties temporaires sont faciles à appliquer en province, où les médecins connaissent mieux les localités et les familles où se rendent les malades ; mais dans les grandes villes, et surtout à Paris, la chose est plus difficile, et la responsabilité des médecins est plus engagée. La Préfecture de police, à Paris, n'a jamais admis cette jurisprudence, et les médecins qui ont pris sur eux la responsabiltié de pareilles sorties se sont exposés à tous les dangers. On a vu dans les asiles privés comme dans les asiles publics, des accidents de tous genres se produire sous ce rapport ; on a vu des malades sortis à titre d'essai pendant deux ou trois jours, commettre des assassinats ou d'autres actes violents, se sauver à l'étranger, ou signer chez des notaires des actes compromettants pour leur fortune ou pour leur famille, et qui ont été plus tard validés par les tribunaux, quoique signés pendant le *séjour légal* des malades dans les asiles ; on a même vu des malades se marier pendant cet intervalle.

Dans une des séances de la Société médico-psychologique, où cette question fut traitée, Lasègue et Legrand de Saulle se prononcèrent énergiquement contre ces sorties à titre d'essai et soutinrent la jurisprudence de la Préfecture de police ; Foville, au contraire, s'appuyant surtout sur des exemples empruntés aux asiles de province, défendit comme un progrès ces sorties à titre d'essai. Je me ralliai à cette époque à l'opinion de Foville. Je crois, en effet, qu'en abandonnant la décision de ces sorties à la responsabilité du médecin chef du service, on fait une chose utile pour les malades, au double point de vue de leur bien-être et de leur guérison, et que ces sorties, limitées dans une mesure raisonnable, ont plus d'avantages que d'inconvénients. C'est donc, selon moi, un vrai progrès que la loi du Sénat a sanctionné en autori-

sant en droit ce qui souvent a lieu en fait, surtout en province.

Nous devons à cette occasion adresser nos remerciements à M. Bourneville, qui a fait accepter par le conseil général, pour les asiles de la Seine, cette jurisprudence contestée par la Préfecture de police.

4e Point. *Surveillance des aliénés dans les maisons privées en dehors des asiles publics ou privés reconnus par la loi.* — C'est là une des innovations les plus importantes établies par la loi du Sénat, en dehors de la loi existante. La loi de 1838 n'a pas prévu ce cas, et les lois anglaises y ont largement pourvu. Où est la vérité entre ces deux extrêmes ? La limite est bien difficile à établir au point de vue pratique. En principe, nous sommes tous d'accord sur ce point, que s'il existe des abus, au point de vue de la séquestration illégale des aliénés ou des faibles d'esprit, ces abus se produisent bien plutôt dans les familles ou des maisons tierces non autorisées que dans les asiles publics ou privés, qui sont soumis à toutes les formalités ou à tous les contrôles de la loi de 1838. Si une famille avait l'intention coupable de séquestrer un de ses membres et de le priver de tous ses droits civils, il lui serait bien plus facile d'obtenir ce résultat, en le séquestrant à domicile ou chez des personnes complaisantes, qu'en l'enfermant dans un asile régulièrement surveillé par la loi. Les journaux rapportent de temps en temps des exemples de séquestrations de ce genre, souvent prolongées pendant plusieurs années.

Mais comment arriver à appliquer le contrôle de la loi sur de pareilles situations ? Le Sénat, dans la loi nouvelle, a établi une réglementation variée pour constater ces séquestrations prolongées, pour les réprimer et édicter des peines contre leurs auteurs. Malheureusement, c'est là de la théorie et non de la pratique. Comment les parquets et les tribunaux pourront-ils être informés de l'existence de pareilles séquestrations ? Chaque parent n'a-t-il pas le droit de faire soigner un des siens chez lui, comme il l'entend, ou de le soigner lui-même ? Faut-il que la loi songe à tarir la source de tous les dévouements, et substitue ainsi arbitrairement l'assistance publique à la charité privée, les secours publics aux secours à domicile ? Doit-on supprimer les soins de la famille pour les remplacer par les soins de l'État ? C'est aller à l'inverse du progrès social.

Mais l'objection principale, et surtout pratique, est la suivante : Quelle est la personne qui viendra dénoncer aux magistrats

l'aliéné soigné dans sa famille ou dans une maison non autorisée? Toutes les dispositions édictées par le Sénat reposent sur cette première dénonciation. Avant de contrôler ou de réprimer le fait, il faut le connaître. Chacun de nous sait que toutes les familles ignorent, méconnaissent ou nient l'existence de la folie chez un des leurs. Tout parent qui a un aliéné dans sa famille consulte un médecin sur les soins à lui donner, mais aucun d'eux ne consentirait à aller trouver un magistrat quelconque. Chacun se fait illusion sur la nature de la maladie, et ceux mêmes qui ne se font pas illusion ne songent qu'à une chose, à en cacher l'existence.

Toute maladie mentale est d'abord considérée comme un défaut de caractère ou comme une simple maladie nerveuse, et personne ne songe à lui donner le nom de folie. Encore moins songe-t-on à aller trouver un magistrat pour lui donner connaissance de l'existence d'un aliéné soigné dans la famille, et pour l'inviter à venir contrôler par lui-même la nature des soins qui lui sont donnés. Ce n'est donc pas la famille ou les amis du malade qui feront connaître aux magistrats l'existence d'un aliéné soigné à domicile.

Est-ce la notoriété publique? Cela peut arriver quelquefois; mais ce fait sera évidemment assez rare, et alors de quel droit un magistrat, lorsqu'il n'y a ni crime ni délit, viendra-t-il violer le domicile individuel et le secret des familles, pour pénétrer dans la vie privée et faire une enquête détaillée sur la nature de la maladie spéciale et sur les soins qui auront été donnés au malade? C'est là une question essentiellement intime et médicale, sur laquelle les magistrats n'ont aucun droit.

Chacun a le droit et le devoir de faire soigner chez lui un malade atteint de fièvre typhoïde, de fièvre cérébrale, de délire aigu, de délire puerpéral, de maladies nerveuses quelconques (hystérie, épilepsie, chorée, etc.) pouvant entraîner des troubles intellectuels passagers, des maladies cérébrales organiques, etc., et on n'aurait pas le droit de faire soigner par des médecins de son choix un maniaque, un mélancolique ou tout autre malade atteint d'affection mentale curable, qui peut être moins dangereuse pour l'ordre public que les maladies précédemment indiquées? C'est au médecin seul qu'il appartient de décider si un individu, atteint d'un trouble psychique quelconque, peut être soigné à domicile, ou doit être interné dans un asile public ou privé. C'est là une question de thérapeutique et non de jurisprudence.

Même en admettant que le magistrat ait été régulièrement informé, par la famille ou par la notoriété publique, de l'existence d'un aliéné soigné à domicile, comment pourra-t-il appliquer les diverses formalités de la loi édictées par le Sénat ? Comment astreindre une famille à venir tous les trois mois rendre compte de l'état du malade ? Comment forcer le médecin traitant à donner régulièrement des renseignements sur le malade et à soumettre au contrôle de la magistrature et du médecin inspecteur son mode de traitement et sa décision, contraire à l'internement du malade dans un établissement public ou privé ? Comment le magistrat pourra-t-il arriver à appliquer toutes les formalités si compliquées de la loi nouvelle ? De quel droit pourra-t-il décider que le traitement employé à domicile est insuffisant ou nuisible au malade, et ordonner d'office sa translation dans un établissement spécial ? Je sais que la loi anglaise, successivement modifiée par les Actes du Parlement, a cherché à remédier à tous ces inconvénients, et que la surveillance administrative et judiciaire paraît être appliquée en Angleterre et en Écosse d'une façon suffisamment effective; mais il me semble bien difficile de l'appliquer en France, dans l'état actuel de l'opinion publique et avec les craintes incessantes sur la violation du domicile privé par l'autorité publique.

5e Point. *Asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.* — La loi du Sénat, se basant sur les divers actes légaux, promulgués en Angleterre et en Écosse depuis une cinquantaine d'années, a voulu introduire en France une législation nouvelle relativement aux aliénés dits criminels. Cette législation aurait deux résultats immédiats : 1° créer des asiles spéciaux pour ce genre d'aliénés, analogues à l'asile de Broadmoor et à d'autres asiles d'Angleterre et de l'étranger ; 2° édicter une législation distincte applicable à ces aliénés.

Ces aliénés dits criminels doivent être divisés en quatre catégories : 1° ceux qui sont aliénés avant le délit ou le crime qui leur est reproché, et qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu; 2° ceux qui sont reconnus aliénés pendant la durée de l'instruction ; 3° ceux qui ne sont reconnus aliénés que pendant le procès public, acquittés comme tels et remis entre les mains de l'autorité administrative ; 4° ceux qui deviennent aliénés dans les prisons, pendant l'accomplissement de leur peine.

En Angleterre, tous ces aliénés sans exception peuvent être envoyés dans les asiles spéciaux pour les aliénés criminels ; mais

on est pourtant obligé de faire un choix, car les asiles spéciaux ne pourraient y suffire, tant ils sont nombreux.

En France, on a établi à la prison de Gaillon un quartier spécial pour les aliénés de la 4e catégorie, et ce système pourrait être accepté pour ce genre de malades, jusqu'à l'expiration de leur peine. Mais que dire des trois autres catégories d'aliénés dits criminels ? Pourquoi établir scientifiquement et médicalement une distinction fondamentale entre un aliéné qui a accompli par hasard un acte, un délit ou un crime qui l'a fait conduire devant la justice, et un autre aliéné qui souvent n'a pas eu le temps d'accomplir cet acte et qui est parfois beaucoup plus dangereux que celui qui a été soumis à l'examen des juges d'instruction ? Ce que les médecins doivent s'attacher à discerner, ce n'est pas l'aliéné dit criminel, mais bien l'aliéné dangereux, et c'est vers ce but que doivent tendre toutes nos études cliniques.

On a invoqué, pour justifier la création des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, des motifs de sécurité, des motifs moraux et des motifs légaux. Les aliénés trouveraient, dit-on, dans les asiles spéciaux plus de garanties contre les évasions, et la sécurité publique serait mieux protégée contre leur sortie prématurée ; mais pourquoi ne pas avoir, dans tous les asiles, des quartiers spéciaux pour les aliénés dangereux, choisis par les médecins et non par le hasard de leur comparution en justice ?

Quant au motif moral, il est tiré de la honte que pourraient éprouver les parents des aliénés eux-mêmes de leur promiscuité avec les aliénés condamnés par la justice. Mais c'est méconnaître les progrès de la civilisation moderne qui se refuse à reconnaître un criminel dans un malade digne de soin et de pitié.

En ce qui concerne les motifs légaux, invoqués par les magistrats, ils se réduisent à ce fait qu'un malade, condamné par la justice, ne peut être mis en liberté par le simple bon plaisir d'un médecin, sans l'intervention de la magistrature qui l'a condamné. Ceci nous amène à la seconde partie de la question, c'est-à-dire à l'examen des mesures législatives nouvelles, destinées à être appliquées aux aliénés dits criminels.

La loi du Sénat ne demande pas seulement la création d'asiles spéciaux pour ce genre d'aliénés, mais un ensemble de mesures législatives qui leur seraient spécialement applicables. Or, ces mesures pourraient être adoptées dans tous les asiles d'aliénés, sans obliger à créer des asiles spéciaux. Quelles sont ces mesures?

La première consiste à exiger l'intervention de la magistrature pour le placement, le maintien et la sortie de ces aliénés, alors même qu'on ne l'exigerait pas pour tous les aliénés en général. A cela nous répondrons ce que nous avons déjà dit précédemment à propos des sorties en général, que le seul compétent en cette matière, c'est le médecin chef de service connaissant bien ses malades, et non la magistrature qui ne peut décider en connaissance de cause ces questions délicates.

La seconde mesure appliquée à ces aliénés criminels, consiste à leur faire subir un long temps d'épreuve avant de les rendre à la liberté et à modifier pour eux la loi générale qui veut que tout aliéné guéri sorte immédiatement de l'asile où il est renfermé. Quelques médecins et quelques magistrats ont même demandé la séquestration perpétuelle pour les aliénés homicides; mais la loi du Sénat ne va pas si loin, elle exige seulement l'examen prolongé et un contrôle exercé à la fois par des médecins et par des magistrats. Mais encore une fois, ces mesures spéciales édictées par la loi pourraient être appliquées aussi bien dans les asiles d'aliénés en général que dans des asiles spéciaux.

6e Point. *Mesures financières relatives aux aliénés séquestrés.* — La loi du Sénat a accompli sous ce rapport des mesures nouvelles qui, d'une manière générale, méritent d'être approuvées et sont un véritable progrès sur l'état de choses actuel.

La loi de 1838 avait déjà établi un vrai progrès sur le code civil, en établissant une distinction importante entre l'interdiction et la séquestration des aliénés. Jusqu'alors, tout aliéné enfermé et non interdit n'avait aucune garantie pour la gestion de sa fortune pendant sa maladie. La loi de 1838 a établi trois degrés à ce point de vue: l'administrateur provisoire nommé par le président du tribunal, l'administrateur judiciaire nommé par le tribunal et le tuteur à l'interdiction après jugement. L'article 36 de la loi a même assimilé l'aliéné séquestré et non interdit à l'*absent*, en permettant au président du tribunal de déléguer un notaire pour signer à la place de l'aliéné les actes temporaires qui ne peuvent en rien entamer sa fortune, c'est-à-dire les baux, locations, recouvrements d'intérêts, etc.

Mais la loi de 1838 présente une très grande lacune au point de vue des intérêts des aliénés, c'est d'abandonner entièrement cette gestion aux conseils de famille ou aux tuteurs nommés par eux et par le tribunal, qui sont omnipotents sous ce rapport et

qui, héritiers directs ou indirects du malade, ont tout intérêt à conserver sa fortune pour l'avenir et à l'empêcher d'en jouir pendant sa vie. Nous avons tous des exemples à citer de conseils de famille et de tuteurs qui ont abusé d'une façon scandaleuse de ce droit, au détriment des malades enfermés.

Le mérite de la loi du Sénat est de chercher à remédier à cette lacune fondamentale de la loi de 1838. Mais ces mesures nouvelles seront-elles facilement applicables? Nous en doutons pour les mêmes raisons qui nous font douter de la surveillance effective des magistrats sur les aliénés soignés à domicile. Comment le parquet ou les tribunaux pourront-ils être informés de l'étendue de la fortune des aliénés, de la façon dont elle est employée, des mesures à prendre pour en faire profiter le malade d'une manière en rapport avec son état, s'ils ne s'adressent pas aux parents, aux conseils de famille ou aux tuteurs qui sont intéressés à le leur cacher? Et comment pourront-ils arriver à réprimer les abus commis sans pénétrer dans le domaine de la vie privée, sans empiéter sur le secret des familles?

Telles sont les observations principales sur la loi sur les aliénés votée par le Sénat, qu'il nous a paru utile de présenter au Congrès, en attendant la discussion détaillée de cette loi soumise actuellement à l'examen de la Chambre des députés. *(Applaudissements.)*

M. Barbier, *Premier Président à la Cour de cassation.* — Un point certain pour tous, c'est que le *placement des aliénés* (placement volontaire ou placement d'office) est la question fondamentale de la matière.

La séquestration de l'aliéné est, en effet, ce qui passionne l'opinion publique, et l'on peut dire que, sur ce sujet, précisément parce qu'elle s'est passionnée, elle s'est égarée plus d'une fois.

Un principe qu'on ne peut méconnaître et qui a été mis en pleine lumière par le rapport de M. le professeur Ball, c'est que la séquestration d'un aliéné s'impose au triple point de vue de la sécurité publique, de la sécurité personnelle du malade, qu'il faut protéger contre lui-même, et de la nécessité de lui appliquer un traitement spécial.

Ceci étant reconnu, comment se fait-il qu'il ait été créé un courant d'opinion au nom de laquelle on cherche à entraver cette séquestration jugée par tous nécessaire, en se réclamant bien haut de la liberté individuelle?

Certes, j'ai, autant que personne, le respect de la liberté indi-

viduelle ; mais il y a bien longtemps que j'ai protesté contre l'affirmation de ceux qui la déclarent sacrifiée par la loi de 1838.

Je disais, au Congrès de 1878, et je pense encore aujourd'hui, que cette loi, bien exactement appliquée, pourrait suffire à toutes les nécessités de ce double aspect : la sécurité de tous et le respect du droit de chacun.

Aussi bien, il y a plus de cinquante ans que fonctionne la loi de 1838. Dans cet espace de temps, je ne nie pas que quelques regrettables erreurs n'aient pu être commises, mais les exemples en sont bien rares et ne sauraient étonner en pareille matière. Plus rares encore sont les cas où l'on a crié à la violation de la liberté individuelle, et vous savez, Messieurs, que, dans quelques-uns de ces cas, qui ont eu le plus de retentissement par la presse, des investigations ultérieures de la science ont établi qu'à son origine la séquestration était justifiée.

Mais laissons cela. Tout homme de bonne foi conviendra qu'au temps où nous vivons, où rien n'échappe au contrôle d'une publicité plus que vigilante, où le respect de la liberté individuelle, ce sentiment si impérieux, est à l'état continuel, si j'ose parler ainsi, de surexcitation légitime, la séquestration arbitraire, c'est-à-dire l'abus de pouvoir le plus odieux qu'on puisse imaginer, est à peu près impossible.

La loi de 1838, l'une de celles qui ont été le plus sérieusement étudiées sous la période du Gouvernement de Juillet (on peut s'en convaincre en se reportant aux travaux préparatoires), la loi de 1838 avait organisé des garanties au profit de la liberté individuelle. Le législateur ne peut-il pas aller plus loin encore dans cette voie ? Je ne veux pas le nier, mais je souhaite qu'en poursuivant un but généreux, on n'arrive pas à porter atteinte à la sécurité publique qui a bien aussi ses droits et qui demande protection.

La loi nouvelle, je veux dire le projet de loi, puisqu'il a été seulement adopté par une fraction du Parlement, ce projet résoudrait-il la redoutable question du placement des aliénés au mieux des intérêts publics et privés ? Il est permis de conserver quelque doute à cet égard. Ah ! je sais avec quel soin l'étude préalable a été faite au sein de la Commission du Sénat, et avec quelle compétence elle était présidée. J'ai eu l'honneur d'être appelé par cette Commission ; j'ai essayé de lui fournir quelques renseignements utiles ; je les empruntais au fonctionnement de nos asiles de la Seine, dont j'ai pu suivre la marche depuis plus de vingt ans. Je

reconnais que le projet de loi comble quelques lacunes et améliore en certains points la loi de 1838 ; mais, au point de vue spécial et capital qui nous occupe, au point de vue du placement des aliénés, problème qui met en présence deux éléments nécessaires et considérables, l'action médicale et l'action judiciaire, je déclare que je me sépare nettement du projet de loi ; j'espère fermement qu'il n'a pas dit le dernier mot sur la question, et je me permets d'en appeler, sur ce point, à la Chambre des députés d'abord, puis au Sénat lui-même, dont les hautes lumières me rassurent, lors d'un examen définitif.

Je m'explique, Messieurs.

Dans bien des cas, la séquestration d'un aliéné est d'une urgence absolue ; il faut avant tout le priver d'une liberté périlleuse pour les autres et pour lui-même ; il ne faut point attendre qu'un crime (inconscient, je le veux bien) mais enfin qu'un crime ait été commis. Qui peut affirmer que cette urgence existe ? Est-ce un magistrat, est-ce un homme de l'art ? Poser cette question, c'est la résoudre. Quand les symptômes du péril se révèlent par des actes violents, certes, juges et médecins seront d'accord pour prescrire l'internement ; mais il n'en va pas toujours ainsi. Ces symptômes, bien connus des spécialistes, sont parfois des inquiétudes, des tristesses noires, qui rappellent un peu l'état particulier de l'animal chez lequel la rage est à l'état d'incubation. Ce calme trompeur cache souvent une violence homicide prête à faire explosion. Qui peut reconnaître les signes de nature à faire redouter les actes impulsifs les plus dangereux ? A coup sûr, ce n'est pas le juge, qui sera trop facilement abusé par les apparences. Sous la loi qui nous régit, l'Administration, avertie, soit par des actes extérieurs, soit par les renseignements des hommes de l'art, ordonne la séquestration et garantit ainsi la sécurité publique ou la vie du malade. On veut innover sur ce point ; on craint des atteintes trop faciles à la liberté individuelle ; on n'a confiance que dans l'action judiciaire, et le projet propose de n'autoriser l'internement qu'en vertu d'une décision de justice. Certes, la justice peut être fière que le législateur la considère comme le seul palladium efficace de la liberté ! Mais n'est-ce pas aller trop loin dans le champ de la défiance? Pour mettre l'idée en pratique, le projet de loi est obligé de recourir à des moyens dont la complication apparaît à tous les yeux et dont l'utilité réelle est très douteuse. Il crée un *placement provisoire*, car il est bien obligé de reconnaître qu'il faut parer aux cas urgents. Le placement provisoire du malade a lieu

dans un quartier d'*observation*. Mais vous avez beau multiplier les difficultés de procédure qui précèdent l'entrée du malade dans le quartier provisoire, vous le privez *provisoirement* de sa liberté et vous le placez dans un *lieu spécial* destiné à observer son état; en d'autres termes, vous le placez dans un asile d'aliénés. Est-ce donc une tache indélébile, comme l'ont soutenu quelques esprits manifestement ennemis des asiles? Non certes, ce n'en est pas une; et le placement, tel qu'il se pratique aujourd'hui, est plus discret, plus protecteur de la légitime susceptibilité des familles, que le luxe de précautions proposées par le projet. En effet, ce projet organise, dans chaque département, une commission permanente composée de cinq membres, qui, dans les cinq jours du placement provisoire, doit examiner le malade et faire son rapport; après quoi, et sur l'avis de la commission, le tribunal, en chambre du conseil, se prononce sur le point de savoir si le placement provisoire doit être converti en internement définitif.

Que de difficultés pratiques pour exécuter de telles dispositions, si elles recevaient jamais la sanction législative! Voit-on dans les grandes villes, à Paris par exemple, fonctionner la chambre du conseil, déjà surchargée de travaux, et statuer chaque année sur plusieurs milliers de placements provisoires! A coup sûr il faudrait augmenter le nombre des magistrats et trouver parmi eux des spécialistes, car c'est ici que se dresse avec toute sa vigueur l'argument à opposer au nouveau projet de loi.

Comment! c'est le juge qui dira dorénavant, s'il faut, ou s'il ne faut pas, interner telle personne! Mais vous imposez au juge une responsabilité qui ne saurait lui appartenir, et laissez-moi vous dire que vous faites là un bien triste cadeau à la magistrature. Ce n'est pas qu'elle recule devant les responsabilités, elle assume toutes celles que la loi lui impose, mais encore faut-il qu'elle ait conscience de sa compétence, pour qu'elle consente à se prononcer. Or, pour les juges, dans l'hypothèse qui nous occupe, où est le principe de cette compétence? Est-ce que le juge peut savoir si l'individu dont il s'agit est ou n'est pas un aliéné? Mais dites-vous, le juge est bien obligé de trancher une semblable question, quand l'interdiction d'un dément est poursuivie. L'objection ne porte pas. Le tribunal de famille a commencé par apprécier la situation, avant que le tribunal judiciaire prononce. Un débat contradictoire est institué. On cherche la lumière de toutes parts. Le juge interroge celui dont l'interdiction est demandée. Croit-on qu'un juge prudent considère cet interrogatoire,

acte très important, je le reconnais, comme pouvant *à lui seul* former sa conviction sur la redoutable question de l'état mental du défendeur? Non certes. Quand l'état de démence n'est pas patent, révélé par des actes antérieurs, le juge prudent ne se contente pas d'interroger celui que j'appellerai le suspect de folie, et de recueillir ses réponses souvent très habiles, car chacun sait avec quelle habileté le vrai fou prend la défense de sa raison. C'est par la science que le juge éclaire sa conscience. La science, je ne saurais le dire trop haut, est l'auxiliaire indispensable de la justice. Dans ces délicates matières, le médecin, le spécialiste est, à vrai dire, le seul juge compétent. Que le magistrat étudie, contrôle les appréciations de l'homme de l'art, je le comprends; mais je soutiens son incompétence pour affirmer *a priori* ou pour nier la folie, avec les seules lumières de son intelligence, aidée même de son expérience des hommes et des choses. Or, n'oublions pas qu'il s'agit uniquement de savoir s'il y a lieu, oui ou non, au placement d'un malade dans un asile d'aliénés. Je soutiens que cette question est d'ordre administratif et médical, et non d'ordre judiciaire. Ah! quand, après un placement opéré, la famille intervient; quand un parent, un ami même, réclame et allègue l'erreur qui aurait été commise dans le diagnostic (dont la rectitude, dont la bonne foi, surtout, sont nécessairement présumées), alors la question devient d'ordre judiciaire; alors un débat s'ouvre et il ne peut être tranché que par les juges, mais avec des formes légales, après les expertises, les examens les plus sérieux, et je pense qu'en pareil cas, on ne saurait s'étonner des sages lenteurs de l'action judiciaire.

Voilà, Messieurs, les quelques observations que m'a suggérées la discussion que je viens d'entendre. Il y aurait encore beaucoup à dire; mais j'en ai déjà trop dit, je me borne, en terminant, à formuler l'espoir que, devant le Parlement, où elle se représentera, la grave question du placement des aliénés recevra une solution dégagée de tout sentiment de défiance, vis-à-vis des savants, des spécialistes, qui se dévouent à l'étude et au soulagement, sinon à la guérison des terribles maladies qui s'attaquent à nos facultés mentales. (*Applaudissements.*)

M. Doutrebente. — Messieurs, puisque nous avons la bonne fortune de posséder au milieu de nous le rapporteur de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés, j'ai l'honneur de vous rappeler que, lorsque le gouvernement eut l'intention de

déposer le projet à la Chambre des députés, il fit demander à tous les médecins aliénistes et aux docteurs médecins de tous les asiles d'aliénés de France de faire à ce propos leurs observations en toute liberté d'action. Tous, nous avons fait un rapport sérieux, étudié qui a été remis au préfet dans chaque département pour être transmis à M. le Ministre de l'intérieur. Le dépouillement de tous ces rapports, qui constituent en 1889 nos cahiers, serait fort intéressant et je demande à M. Bourneville s'il en a eu ou pris connaissance. Pour ma part, j'avais proposé de supprimer purement et simplement les placements volontaires, qui, dans la pratique courante, ne sont jamais faits pour des indigents (à l'exception de Paris); ils peuvent, plus facilement que les placements d'office, donner à penser que la séquestration arbitraire des aliénés est possible et enfin ils placent tous les aliénés de toutes les classes de la société sur la même ligne et dans les mêmes conditions pour profiter des bénéfices et des bienfaits du placement dans les asiles publics ou privés d'aliénation mentale. Dans ces conditions, inutile de chercher, pour les maisons de santé privées, un régime particulier ou une surveillance spéciale : elles fonctionneront, comme tous les asiles privés qui traitent des indigents et recevront les malades dans les conditions absolument semblables à la réception des aliénés dans nos asiles publics.

Que l'intervention des pouvoirs publics soit modifiée ou simplement transportée du pouvoir administratif au pouvoir judiciaire, il nous importe peu; c'est là une question qui a reçu des solutions différentes dans chaque pays. Nous nous contenterons simplement de dire avec tant d'autres, que, jamais en France, les juges et procureurs ne pourront trouver le temps nécessaire pour remplir les exigences nouvelles que la loi sur les aliénés leur imposerait; il ne faut pas oublier aussi que le nombre des chambres a été diminué et que dans un grand nombre de tribunaux, le procureur de la République n'a plus de substitut.

M. Bourneville. — Ni la commission parlementaire ni son rapporteur n'ont eu connaissance de ces rapports des médecins des asiles. Je le regrette, convaincu qu'ils renferment de très utiles renseignements. Quant à la proposition de M. Doutrebente, consistant à *supprimer les placements volontaires*, je ne crois pas qu'elle puisse avoir des avantages pour les malades. C'est au contraire à augmenter le nombre des placements volontaires, à

diminuer le nombre des malades qui passent par le dépôt de la Préfecture de police, que mes efforts ont constamment tendu, lorsque je faisais partie du conseil général de la Seine. Jusqu'en 1880, le nombre des placements volontaires dans les asiles de ce département était très restreint. J'ai fait valoir devant le conseil général qu'il était urgent de traiter les indigents comme les riches qui sont conduits directement dans les maisons de santé. Le conseil a adopté ma proposition, et, depuis, le nombre des placements volontaires dans les asiles est devenu de plus en plus considérable. J'ajouterai qu'il devrait l'être davantage. Mais beaucoup de médecins, malheureusement, ne savent pas encore que les malades indigents peuvent être conduits directement à l'asile clinique (Sainte-Anne). En province, les préfets et les sous-préfets considèrent la loi de 1838 comme une loi de police, tandis qu'elle est surtout une loi d'assistance. Lorsqu'ils voudront bien se placer à ce second point de vue, ils feront en sorte que les aliénés soient placés, facilement et vite, dans les asiles. Les malades et les contribuables y gagneront : les malades, parce que, traités aussitôt après le début de leur affection, ils auront plus de chances de guérison ; les contribuables, parce que les asiles seront moins encombrés d'incurables.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Bourque, du Canada, pour la lecture de son mémoire.

LÉGISLATION CONCERNANT LES ASILES D'ALIÉNÉS DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC (CANADA)

M. le Dr BOURQUE, *professeur de clinique des maladies mentales, à Montréal (Canada)*. — La question des asiles d'aliénés a soulevé depuis un certain nombre d'années, dans tout les pays civilisés, un intérêt plus qu'ordinaire. Il en est résulté de grands progrès dans la construction et la tenue de ces hôpitaux. En quelques contrées, les législateurs se sont même passionnés pour cette question jusqu'au point de faire naître à ce sujet des crises parlementaires.

Le but que les gouvernements doivent se proposer et chercher à atteindre pour les nombreux malades qui tombent à leur charge, c'est de trouver un système qui serait à la fois aussi efficace et aussi économique que possible.

Deux systèmes sont en présence dans certains pays, le système d'asiles entièrement supportés et administrés à même les deniers publics, et le système d'asiles privés faisant, par traités, les fonctions d'asiles publics.

Au premier, on reproche les énormes capitaux qu'il absorbe ; on accuse le second de ne pas offrir des garanties suffisantes sous divers rapports.

La première question qui se dresse en face des législateurs est donc de choisir entre ces deux systèmes. L'embarras n'est pas léger.

Au point de vue du résultat dans le nombre des guérisons, il ne paraît pas y avoir de différence sensible entre un asile bien tenu, administré par l'État et un asile bien tenu, administré par des particuliers.

Au point de vue de l'économie, l'avantage est décidément du côté du second ; mais théoriquement, le premier semble présenter plus de garanties.

Quelques nations n'ont pas voulu résoudre définitivement le problème; elles laissent les deux systèmes fleurir l'un à côté de l'autre et se faire une lutte paisible. Il y a lieu, toutefois, d'examiner si les désavantages particuliers de chacun de ces systèmes sont inhérents à leur nature et s'ils ne pourraient pas, par une sage législation, disparaître complètement ou devenir sans effet.

J'ai cru qu'il serait intéressant pour les membres de ce Congrès, de leur faire connaître ce qui a été tenté, dans le pays que j'habite, pour réduire pratiquement à une quasi-impossibilité les inconvénients de l'un de ces systèmes. Ces efforts, à mes yeux, ont été couronnés d'un succès tel, que je me crois justifié de prendre quelques-uns des instants précieux consacrés par le Congrès à l'étude de « la législation en matière d'aliénation mentale ».

La province de Québec, au Canada, est un véritable État, ayant une autonomie très grande sur presque toutes les questions qui intéressent l'ordre social. Sa population, presque toute d'origine française, est d'environ un million six cent mille âmes. Sa législature, composée de deux Chambres, fait les lois concernant les aliénés.

La province a abandonné le système d'asiles administrés entièrement par l'État, et elle a consacré ses efforts à améliorer ses traités avec les asiles privés, de manière à annihiler autant que possible les inconvénients théoriques que l'on voit à ce système.

Elle a voulu profiter de l'économie offerte, mais en s'assurant en même temps qu'il n'y aurait pas d'abus de la part de ceux à qui elle confie le soin de ses aliénés.

Cette province a créé un régime de surveillance, dont les législations des autres pays n'offrent pas d'exemple, que je sache. Elle a distribué les pouvoirs et les fonctions de tous ceux qui concourent à l'admission, à la mise en liberté et au traitement des malades, de manière qu'il y ait à chaque instant, pour ainsi dire, un contrôle efficace.

Il y a deux catégories d'abus à redouter, comme pouvant se produire plus particulièrement dans un asile administré aux frais de particuliers. C'est :

1° Qu'on y admette ou qu'on y retienne des personnes non aliénées ou guéries;

2° Qu'on n'y donne pas les soins, la nourriture, le traitement convenables.

Voici les précautions prises pour prévenir ces abus.

L'État a constitué, auprès de chaque asile avec lequel il traite, un corps de médecins nommés et payés par lui et conséquemment complètement soustraits aux motifs intéressés que l'on redoute chez les propriétaires d'asiles; et ce sont ces médecins, officiers publics, qui seuls contrôlent les admissions et les sorties. Ces médecins, dont le nombre a été augmenté à trois pour chaque asile, en 1885, doivent consacrer tout leur temps à leurs fonctions. Ils sont de plus chargés de surveiller quotidiennement, dans l'intérieur de l'asile, la manière dont les propriétaires, par leurs médecins, exécutent le traité, nourrissent, soignent, traitent, etc., les malades. Ils sont en communication constante avec l'autorité publique ; ils doivent lui faire des rapports réguliers et des rapports spéciaux au besoin. Ils ont le droit de pénétrer dans l'asile à toute heure du jour et de la nuit.

On voit sur quelle idée ingénieuse repose ce système. L'autorité publique ayant seule, par ses officiers, le pouvoir d'interner et de mettre en liberté les malades, la possibilité même d'abus sur ce chef, de la part des propriétaires de l'établissement, disparaît. Le propriétaire, n'exerçant aucun pouvoir quelconque concernant l'admission ou la sortie du malade, ne peut commettre d'abus. Son rôle se réduit à exécuter les ordres des médecins représentant l'autorité publique. Il reçoit le malade lorsque la commission médicale nommée par le gouvernement le lui amène, et

il doit lui ouvrir ses portes lorsque cette même commission, qui a suivi assidûment les phases de la maladie, le traitement, etc., trouve qu'il est guéri ou capable de sortir.

Et voilà comment, en réservant aux médecins nommés par l'État, une partie des pouvoirs exercés presque partout encore par les médecins traitants de l'établissement, on a, par législation, fait disparaître l'une des catégories d'abus que l'on redoutait et que l'on regardait à tort comme inhérents au système.

L'autorité publique peut, dans ses traités, se réserver entièrement le pouvoir d'admission et d'élargissement, d'autant plus facilement que l'exercice de ce droit ne peut affecter aucunement le grand avantage particulier de ce système, savoir *l'économie dans le coût « per capita »*, car l'admission ou l'élargissement d'un malade n'affecte pas l'administration interne de l'établissement.

Du moment que l'on parle de « traité », de « convention », on admet que le propriétaire traitant avec l'autorité publique doit avoir le contrôle de tout ce qui affecte la dépense. Avec un prix fixe « per capita », il ne serait pas raisonnable de supposer qu'il en puisse être autrement. Or le traitement, dans tous ses détails, affecte en tous points l'administration, la dépense. C'est pourquoi, dans ce système, le traitement de l'aliéné, du moment qu'il est admis à l'asile et tant qu'il y est laissé, reste sous le contrôle des médecins choisis par le propriétaire de l'établissement.

Mais, encore ici, on a trouvé moyen, par législation et par traités, de rendre matériellement impossibles les abus que l'on peut redouter, abus qui peuvent se glisser d'ailleurs dans tous les systèmes et qui ont eu lieu dans tous les pays.

Le gouvernement, dans la province de Québec, exerce dans l'asile même, en vertu de la loi et des traités, une surveillance qu'il peut rendre incessante et minutieuse, s'il le juge à propos. Actuellement, dans chaque asile, les trois médecins qui sont préposés à l'admission et à l'élargissement des malades, sont chargés de surveiller en même temps les détails de l'exécution des traités. S'il se glisse quelque chose de défectueux, ils sont là pour le constater ; si les malades sont insuffisamment nourris ou vêtus, s'ils sont maltraités, s'ils manquent des soins que requiert leur état, les officiers de l'État sont là pour signaler l'abus et le faire disparaître. Les autorités et le public lui-même peuvent être avertis, et ils ont, sous ce rapport comme partout ailleurs, l'oreille sensible.

Enfin, avec une surveillance semblable, il est difficile de sup-

poser un genre d'abus qui ne puisse être réprimé. Cet état de choses existe en pratique depuis quelques années, et il a donné satisfaction. Une loi récente (1889) l'a consacré.

Il y a, dans un système ainsi appliqué, des garanties particulières qu'aucun autre système ne peut offrir. Les séquestrations arbitraires deviennent matériellement impossibles; il faudrait pour cela le concours de l'autorité publique et de ses médecins d'abord, puis le concours du propriétaire de l'établissement et de ses médecins ensuite. On ne peut guère supposer une telle entente entre deux parties dont les intérêts sont différents, et entre deux corps médicaux qui peuvent au besoin se contrôler.

Je dois ajouter qu'en outre des médecins désignés plus haut, il y a encore un corps d'inspecteurs d'asiles nommés par l'État, qui font des visites régulières dans toutes les maisons consacrées au traitement de l'aliénation mentale.

Maintenant, un mot du résultat pratique de ce système.

D'abord, au point de vue des guérisons, les statistiques sont favorables. Dans l'asile Saint-Jean-de-Dieu, qui est le plus considérable, et dont j'ai l'honneur d'être le médecin en chef, le nombre des guérisons a été ,en 1886, de 27,30 par cent sur les admissions ; en 1887, de 39,81 par cent, et en 1888, de 30,60.

Et cependant, Saint-Jean-de-Dieu reçoit les idiots et les imbéciles, vu qu'il n'y a pas d'asile spécial pour cette classe d'aliénés. En retranchant cette catégorie d'admissions, on arrive aux résultats suivants pour les deux dernières années : guérisons en 1887, 43,81 par cent, et en 1888, 33,50 par cent.

La province ne paie au propriétaire de Saint-Jean-de-Dieu que 100 dollars par tête (500 fr. par an). Pour qui connaît le prix des choses nécessaires à la vie en Amérique, c'est un prix excessivement modique ; et le public a le bénéfice, pour ce prix, d'un asile efficace et bien tenu.

Il faut dire, toutefois, que l'expérience s'est faite dans des circonstances avantageuses. C'est une communauté de sœurs de charité qui est propriétaire de l'établissement. Environ deux cents membres de cette communauté donnent leur vie, leur santé, leur travail, sans aucune rémunération personnelle; les religieuses sont elles-mêmes les gardiennes en chef de l'établissement, dans chaque salle, même dans les quartiers d'agités chez les hommes.

L'établissement reçoit les malades des deux sexes. J'ai été à même de remarquer là ce que d'autres aliénistes ont déjà cons-

tâté ailleurs, c'est que les malades du sexe masculin sont plus facilement contrôlés et se laissent plutôt adoucir par les femmes que par les hommes. Il m'est arrivé maintes fois de voir une simple religieuse calmer d'un mot, d'un geste, un fou furieux que les gardiens, avec toute leur vigueur physique, pouvaient à peine contenir.

Permettez-moi de citer ici le passage suivant de M. Henri Maudsley, professeur de médecine légale à Londres, dans son remarquable ouvrage sur la *Pathologie de l'esprit*.

« Une femme, dit-il, aura parfois plus d'influence sur un homme aliéné que le meilleur des serviteurs. Le malade ne lui résistera point aussi violemment qu'il le ferait à un homme; il se laissera peut-être persuader plus facilement et avec un sentiment moindre d'humiliation. Il est certain qu'on pourrait employer plus qu'on ne le fait actuellement les femmes pour soigner les hommes atteints de folie. Il est probable que l'on peut améliorer la situation des asiles en choisissant au-dessus des gardiens ordinaires des surveillants appartenant à une classe plus élevée et dont le devoir serait de vivre au milieu des malades, comme le font les gardiens. En attendant, il y a là une grande œuvre pour les frères de la croix et les sœurs de charité, qui désirent vivre d'une vie d'abnégation absolue. »

Pour résumer ce court exposé d'un sujet qui demanderait d'être traité plus au long, je dirai que dans la province de Québec, au Canada, on paraît avoir réussi, par législation, à éviter les plus graves inconvénients que l'on reproche au système d'asiles privés faisant les fonctions d'asiles publics.

Et l'on est arrivé à ce résultat en divisant les pouvoirs et les fonctions de manière à conserver entièrement aux médecins représentant l'autorité publique le droit d'admission et de mise en liberté des malades, et en faisant exercer une surveillance suivie sur ce qui se fait dans l'asile même.

Au point de vue théorique, une telle division de pouvoir paraît étrange ; mais en pratique, le fonctionnement peut se faire harmonieusement et avantageusement pour le malade, surtout si le médecin représentant l'État a le soin, avant d'ordonner la mise en liberté, de prendre l'avis du médecin traitant, ce qui n'est pas prévu par la loi actuelle. En effet, il est raisonnable de supposer que le médecin qui donne le traitement, voyant son malade tous les jours, est plus à même que tout autre de juger de son état.

Il y a lieu d'espérer qu'avant longtemps cette lacune dans la loi sera comblée, et, par ce moyen, les susceptibilités entre médecins n'auront pas leur raison d'être, et une entente parfaite règnera entre les médecins de l'État et les médecins chargés du traitement. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Duquet, *de Longue-Pointe* (*Canada*). — Je ne puis accepter les conclusions du travail de mon collègue, le Dr Bourque, parce que je suis convaincu que l'État doit prendre lui-même soin de ses aliénés; le système préconisé par mon confrère est défectueux parce que les médecins visiteurs nommés par l'État rencontrent des difficultés dans leur inspection, il ne se passe pas de semaines sans qu'il s'élève des conflits entre eux et les propriétaires des asiles ; j'occupe cette position de médecin visiteur depuis quatre années, et je puis en parler avec connaissance.

Le système d'affermage coûtant moins cher peut paraître plus avantageux ; mais que de difficultés surgissent entre les propriétaires d'asiles et le gouvernement, comme cela s'est vu dans la province de Québec, en 1885, à propos de la mise en pratique d'une loi sur les aliénés ! Ce dernier sera très embarrassé de trouver un local pour y placer ses aliénés, il sera à la merci des premiers qui lui dicteront leurs conditions.

En 1885, une loi sur les aliénés a été votée à la législature de Québec, à l'unanimité des députés. Cette loi stipulait qu'un bureau médical, composé de trois médecins nommés et payés par la province, aurait le contrôle du traitement médical dans les deux asiles de la Longue-Pointe et de Beauport.

Les propriétaires des asiles ont refusé d'accepter cette loi, s'appuyant sur des contrats passés entre eux et le gouvernement, qui leur donnaient le privilège de choisir les médecins pour donner le traitement médical dans les asiles d'aliénés.

La loi n'a pas été exécutée et les médecins nommés par le gouvernement, en vertu de la loi de 1885, n'ont pu exercer que les fonctions de médecins visiteurs et les difficultés qui existaient auparavant n'ont fait qu'augmenter depuis cette date.

Les propriétaires d'asiles réclament le privilège de choisir les médecins qui doivent donner le traitement médical ; il incombe alors au gouvernement de la province de construire à ses frais des asiles pour les aliénés, dans lesquels le *traitement médical*

sera contrôlé par des médecins nommés, soit au concours soit par la province, parce que le médecin qui tient sa nomination de l'État ou d'un concours sera plus indépendant que le médecin nommé par les propriétaires d'asiles privés faisant offices d'asiles publics. Je n'insiste pas sur les autres inconvénients du système d'affermage ; ils sont bien connus des membres de ce Congrès.

En terminant, je crois exprimer l'opinion du Congrès en disant que l'État doit posséder des asiles pour y placer ses aliénés indigents.

PLACEMENT DES ALIÉNÉS EN SERBIE

M. Milan Vassitch, *de Serbie*. — Voici quels sont, dans mon pays, les formalités à remplir pour le placement des aliénés:

Les parents ou les voisins d'une personne qui donne des signes de dérangement mental, s'adressent à la préfecture et expliquent les raisons qui les ont déterminés à faire la demande de séquestration. Le médecin du département est chargé de faire l'enquête. Muni de cet ordre, il se présente dans la maison du malade, l'examine, s'enquiert de tous les renseignements qui lui sont nécessaires et donne des conseils à la famille, sur les mesures de précaution à prendre avant le placement. Puis il rend compte succinctement de sa mission à la préfecture, par un rapport qui est envoyé au ministre de l'intérieur, en même temps qu'une proposition tendant à la nomination d'une commission médicale chargée d'examiner le malade.

Au ministère fonctionne une section médicale, qui, après avoir pris avis — en cas difficile — du conseil supérieur des médecins, nomme une commission composée de trois médecins, parmi lesquels se trouve toujours celui qui a fait l'enquête.

Cette commission, après avoir décrit en détail, les antécédents du malade et son état actuel, formule ses conclusions dans un certificat signé par les trois membres. Ce certificat est envoyé au ministre de l'intérieur qui, après avoir pris l'avis du conseil supérieur des médecins et de la section sanitaire, prend une décision aux termes de laquelle : 1° il *déclare* l'individu, aliéné; 2° *ordonne*, s'il y a lieu, sa séquestration.

La même procédure est usitée quand le placement se fait d'office, et en cas d'urgence le malade est envoyé dans l'hôpital du département en attendant la décision ministérielle.

La sortie du malade est absolument laissée à la disposition des médecins, le tribunal n'a pas à intervenir.

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES ALIÉNÉS EN ROUMANIE

M. Soutzo, *de Roumanie.* — En Roumanie, il n'existe pas de loi spéciale sur les aliénés. Les dispositions qui régissent l'assistance des aliénés chez nous, consistent : *a*) dans les articles du code pénal et civil ; *b*) dans ceux de la loi communale qui imposent à chaque commune l'obligation de soigner ses infirmes et ses aliénés ; *c*) dans un règlement, élaboré en 1864 par le conseil sanitaire, concernant les placements et les sorties dans les hospices reconnus du pays, règlement reconnu insuffisant et que j'ai été appelé, cette année même, par l'administration supérieure de nos hôpitaux à modifier. Mais ce règlement, que je regrette de ne pas avoir avec moi, n'a pas force de loi et je l'ai vu maintes fois discuté et contesté par plusieurs autorités judiciaires et administratives. Quoi qu'il en soit, voici comment les choses se passent : il y a des placements d'office et des placements volontaires. Un individu est surpris en flagrant délit de vagabondage, de désordre et donnant des signes d'aliénation mentale dans la rue, il est conduit au commissariat de police le plus proche où il est dressé un procès-verbal qui est envoyé le jour même à la préfecture de police ; quant à l'individu, il est conduit sous escorte au dépôt des aliénés de la préfecture. C'est un quartier de séjour provisoire ou d'observation de la maison de santé que je possède et qui fonctionne à Bucarest depuis quatre ans. Jusqu'alors à Bucarest et pour les autres villes, encore aujourd'hui, les aliénés de la rue sont conduits à la police où ils attendent, mêlés avec les vagabonds, les ivrognes ou les prévenus, l'accomplissement des formalités pour leur placement ; là, ils succombent souvent sans recevoir le moindre secours médical. Mais revenons au procès-verbal : la préfecture de police qui a pris, par le procès-verbal du commissaire, connaissance de ce cas, annonce le fait au premier procureur, qui nomme immédiatement une commission d'au moins deux experts pour aller au dépôt, ou à la préfecture, procéder à l'examen de l'individu. La commission arrive le lendemain et, si elle constate que l'individu n'est pas atteint d'aliénation mentale, elle ordonne sa mise en liberté. Si elle constate l'aliénation, elle dresse un rapport médico-légal

qui est adressé au parquet. Le procureur approuve les conclusions du rapport ; il le renvoie à la police qui cherche à placer l'aliéné à l'hospice en s'adressant soit à la mairie, si l'individu est de la ville même, soit au préfet du district où réside le malade, pour que ces autorités allouent la somme réglementaire de l'entretien qui est de 500 francs par an.

Les placements volontaires se font après une demande de la famille au premier procureur qui autorise, après la constatation médicale, le placement du malade. Comme vous voyez, les choses se passent assez régulièrement et assez rapidement : Rapport médico-légal signé par deux médecins ; autorisation spéciale de la part du premier procureur.

Dans les campagnes les choses vont plus lentement. Le maire dresse un procès-verbal qui est envoyé avec l'individu supposé aliéné, à la sous-préfecture, de là au préfet qni fait constater l'aliénation mentale par deux médecins du chef-lieu du district et enfin à l'administration de l'asile avec l'engagement de payer les frais d'entretien.

Dans les villes donc et dans les communes rurales, le mode de placement se fait régulièrement. Mais il y a une foule de cas qui échappent à cette juridiction. Notre pays est parsemé de couvents d'hommes et de femmes. Et puis, une grande partie de notre population est imbue de préjugés dignes d'un autre âge. On croit encore chez nous que la folie est un mal diabolique, qui ne peut être traité que par des neuvaines, des prières et le carême. Eh bien, cette population conduit son malade au couvent, elle l'y séquestre, elle l'y garde tant qu'elle veut, sans l'autorisation du parquet, sans certificat médical. Elle s'entend avec le supérieur du couvent pour le prix de journée et voilà tout. Eh bien, la majorité des aliénés chez nous sont ainsi traités, et vous comprenez que les séquestrations illégales sont très fréquentes et que les intérêts matériels de ces malades sont profondément lésés par la cupidité des hommes intéressés. Nous n'avons que trois asiles dans tout le pays qui a 5 millions d'habitants. Ces asiles en tout ne contiennent que 500 lits tout au plus. Il y a, d'après mes recherches statistiques, 3 à 3 1/2 aliénés, ou 1 aliéné pour 1.300 ou 1.400 habitants. Où sont-ils ? Les uns dans les hospices reconnus, plusieurs à l'étranger, une partie dans leurs familles et la grande majorité dans les couvents échappant à tout contrôle administratif et judiciaire et privés complètement de traitement médical.

En face d'un état de choses aussi détestable, je prends la permission de vous prier que le Congrès vote cette proposition :

« Le Congrès, après avoir entendu le rapport de M. le professeur Ball, « De la législation comparée sur le placement des aliénés », et les communications faites à ce sujet par les membres étrangers, émet le vœu que chaque État soit doté d'une loi spéciale sur les aliénés, destinée à sauvegarder les intérêts des aliénés, à prévenir les séquestrations illégales et soumettre ces malades à un traitement scientifique et rationnel. »

M. le Président. — Je mets aux voix le vœu proposé par M. Soutzo.

(Adopté.)

La séance est levée à six heures et demie.

SÉANCE DU JEUDI MATIN, 8 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. BALL

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CONSIDÉRÉE COMME ESPÈCE MORBIDE DISTINCTE, par M. Brunet; discussion : MM. Ball, Paul Garnier, Falret. — ÉRYTHROPSIE OU VUE ROUGE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. Ladame, discussion : MM. Charpentier, Paul Garnier, Ladame. — DE L'ARTHRITISME COMME CAUSE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. G. Lemoine; discussion : MM. Charpentier, Doutrebente, Legrain, Laurent, Lemoine. — DE L'ORIGINE DE CERTAINES TENDANCES ÉROTIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. A. Laurent. — QUELQUES RÉSULTATS STATISTIQUES POUR SERVIR A L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. Ramadier. — UN CAS D'OBSESSION INTELLECTUELLE ET ÉMOTIVE GUÉRIE PAR LA SUGGESTION RENFORCÉE PAR LE PARFUM DU CORYLOPSIS, L'ISOLEMENT ET LES DOUCHES, par M. Ph. Tissié.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. CHARPENTIER, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance. Ce procès-verbal est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Brunet pour la lecture de sa communication.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
CONSIDÉRÉE COMME ESPÈCE MORBIDE DISTINCTE

M. le Dr DANIEL BRUNET, *directeur, médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'Évreux*. — Il est peu d'affections qui suscitent autant de travaux que la paralysie générale et, malgré cela, son histoire, au lieu de s'élucider, semble s'obscurcir chaque jour davantage.

Les faits, qui paraissaient autrefois le mieux établis, sont maintenant contestés ; la mégalomanie incohérente, compliquée de mouvements convulsifs, les adhérences de la couche corticale du cerveau aux membranes qui la recouvrent, qu'on considérait

comme des caractères essentiels de la paralysie générale, auraient perdu leur valeur pathognomonique ; l'incurabilité de cette maladie constituerait un dogme absolu, et l'on se demande si l'ischémie cérébrale, produite par des caillots sanguins migrateurs ou autochtones, ne jouerait pas un rôle très important dans sa production. Les adhérences ne seraient qu'une lésion cadavérique, puisqu'elles manqueraient chez les individus dont on fait l'autopsie immédiatement après la mort ; le délire ambitieux pourrait se terminer par la paralysie générale ou coexister avec elle, à titre de complication, mais serait une affection complètement indépendante d'elle.

Le diagnostic de la paralysie générale, pendant la vie, deviendrait impossible, puisque la mort serait une condition indispensable de ce diagnostic, que les symptômes les mieux accusés ne suffiraient plus pour la faire admettre avec certitude. On aurait, quand la mort ne survient pas, affaire à des pseudo-paralysies sur la nature desquelles on ne se prononce pas.

Pour contribuer à faire cesser cette divergence d'opinions, la seule manière consiste, pour chacun de nous, à venir exposer ce qu'il a observé, et c'est dans ce but que je résumerai, comme je l'ai déjà fait au Congrès international de 1878, la description de la paralysie générale, uniquement d'après les nombreux faits que j'ai recueillis, depuis trente-quatre ans que j'étudie les maladies mentales.

Je n'ai cité, et je ne citerai aucun nom d'auteur ; le temps qui m'est donné ne me permet pas de faire une œuvre critique qui serait d'ailleurs prématurée pour être complètement impartiale. Je ne puis cependant m'empêcher de prononcer le nom de M. Calmeil qui, en 1827, a rattaché la paralysie générale à sa véritable cause et en a bien décrit les lésions.

La paralysie générale constitue une espèce morbide distincte, produite par une inflammation chronique des circonvolutions cérébrales, de la pie-mère et de l'arachnoïde viscérale, qui n'envahit ordinairement que les circonvolutions de la région frontale et de la région pariéto-temporo-sphénoïdale, laissant intactes celles de la région occipitale et le reste de l'encéphale.

Quand le lobe occipital du cerveau est atteint, sa face externe l'est plus que ses deux autres faces.

Le cervelet ne subit pas d'altération ; il ne s'atrophie pas, comme le fait toujours le cerveau, lorsque la durée de la maladie

est assez longue, et l'on n'observe pas de néomembranes sur la face interne de la partie de la dure-mère qui lui correspond, comme cela a lieu si souvent dans les régions frontale et pariéto-temporo-sphénoïdale.

Les parties centrales du cerveau, l'isthme de l'encéphale et la moelle ne subissent une dégénérescence scléreuse qu'à la période ultime de la maladie, par suite de la destruction des cellules nerveuses de la couche corticale qui sont nécessaires à leur nutrition.

Les granulations de l'épendyme des ventricules du cerveau et du cervelet, dont on a singulièrement exagéré l'importance, ne sont pas spéciales à la paralysie générale ; elles peuvent manquer, quand la marche de la maladie est rapide, tandis qu'elles se rencontrent souvent dans la démence et la folie chronique lorsque les membranes viscérales sont épaissies, que l'encéphale est infiltrée de sérosité.

D'une manière générale, on peut dire que les parties périphériques de l'encéphale, qui reçoivent leur sang de la carotide interne, sont enflammées, tandis que celles qui sont irriguées par la vertébrale postérieure restent saines. Le nom de péricérébrite, que j'ai proposé depuis longtemps pour désigner la paralysie générale, lui conviendrait donc beaucoup mieux que celui de périencéphalite.

Des adhérences de la couche corticale du cerveau aux membranes viscérales. — Avant d'étudier ces adhérences, il importe de connaître exactement la consistance de l'encéphale, à l'état normal.

Elle varie suivant l'âge et les parties que l'on examine. Elle augmente depuis la naissance jusqu'à la vieillesse ; chez l'enfant nouveau-né, tout l'encéphale est d'une très grande mollesse et les membranes viscérales sont d'une extrême finesse, en sorte qu'il est impossible de les détacher, dans aucune partie, sans entraîner avec elles des portions de substance corticale. Chez l'adulte, il a pris assez de fermeté pour qu'on puisse les enlever sans aucune décortication, et cet enlèvement est encore plus facile à l'âge mûr et pendant la vieillesse, parce que les membranes se sont épaissies, en même temps que les circonvolutions devenaient plus fermes.

La consistance du cerveau augmente d'avant en arrière, de la région frontale à la région occipitale, à l'exception de la corne sphénoïdale et de la partie antérieure de la circonvolution de

l'hippocampe, qui restent toujours plus molles que toutes les autres circonvolutions.

La surface du cervelet est moins ferme que celle du cerveau ; elle se ramollit très rapidement après la mort, quelle que soit la cause qui l'ait déterminée, et les membranes entraînent avec elles des parcelles de substance corticale, dans un grand nombre de cas, sans qu'il y ait aucune lésion pathologique. Il n'en est pas de même des circonvolutions cérébrales, dont le ramollissement ne se produit qu'avec une décomposition cadavérique évidente qui n'a pas lieu, même pendant les grandes chaleurs de l'été, avant quarante-huit heures après le décès. Ce ramollissement cadavérique a ses caractères propres qui permettent facilement de le reconnaître. Tout l'encéphale est ramolli d'une manière presque uniforme, s'affaisse sur lui-même, est infiltré de sérosité et présente souvent une teinte verdâtre en quelques points.

L'enlèvement, dans la péricérébrite, de portions plus ou moins considérables de substance corticale du cerveau avec les membranes viscérales, tient à deux causes : au ramollissement de cette substance et à son adhérence avec l'arachnoïde viscérale. C'est cette dernière cause qui fait que la décortication n'a jamais lieu dans les points où manque ce feuillet séreux, au fond des anfractuosités, des sillons et des scissures.

Dans le ramollissement ischémique, on enlève aussi des portions de substance corticale avec les membranes, mais ce ramollissement, toujours moins étendu que dans la péricérébrite, est plus profond et plus considérable ; il forme des îlots, au niveau desquels la substance blanche des circonvolutions, aussi bien que la grise, est réduite en une espèce de bouillie plus ou moins colorée qui se résorbe plus tard et est remplacée par une trame cellulo-vasculaire.

Les adhérences des membranes, dans la péricérébrite, varient suivant l'intensité des phénomènes phlegmasiques et la période à laquelle la mort survient.

Au début de la maladie, on ne constate que de l'hyperémie, qu'une distension considérable des vaisseaux sanguins ; puis les membranes viennent à happer à la substance corticale, à se détacher moins facilement qu'à l'état normal. A la fin de la première période, elles entraînent de légères parcelles de substance corticale, grosses comme la tête d'une épingle, un grain de mil, et cet enlèvement donne à la surface cérébrale un aspect très finement pointillé. Les adhérences vont ordinairement en augmen-

tant jusqu'à la fin de la maladie, et quelquefois les membranes entraînent toute l'épaisseur de la substance grise injectée, vascularisée, très colorée, laissant à nu la substance blanche des circonvolutions plus ou moins indurée.

Pendant la première période, le cerveau est turgescent, les circonvolutions sont pressées les unes contre les autres, tandis que, si la péricérébrite est arrivée à la dernière période, il présente une atrophie plus ou moins considérable qui est toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes phlegmasiques et leur durée.

L'atrophie cérébrale et l'épaississement des membranes viscérales sont ordinairement plus considérables dans la région irriguée par l'artère sylvienne, que dans la région qui reçoit le sang de la cérébrale antérieure. Ces lésions sont très rares sur le lobe occipital, même quand la phlegmasie de ce lobe est évidente.

La péricérébrite présente presque toujours des adhérences, et ce n'est que dans des cas très exceptionnels qu'on les voit manquer ; cela n'arrive que lorsque les phénomènes inflammatoires sont très peu considérables, que la maladie a présenté une très longue durée. On ne trouve alors que de l'atrophie des circonvolutions et un épaississement des membranes viscérales.

Lésions microscopiques. — La première période de la péricérébrite est caractérisée par la distension des vaisseaux sanguins, puis par une extravasation séro-sanguinolente à travers les parois de ces vaisseaux, suivie d'une hypergenèse des fibres lamineuses des membranes viscérales, et de celle des cellules de la couche corticale qu'on nommait autrefois des myélocytes qu'on appelle aujourd'hui des cellules conjonctives, sur la nature desquelles tous les auteurs ne sont pas encore complètement d'accord.

Ces cellules commencent à se remplir à la seconde période de la maladie de granulations graisseuses, à constituer des corps granuleux qui parsèment toute la substance corticale et incrustent les parois vasculaires. Ce travail inflammatoire amène une destruction plus ou moins complète des cellules et des fibres nerveuses, qui se continue jusqu'à la fin de la maladie.

Symptomatologie et terminaisons. — La paralysie générale présente deux formes : une forme délirante et une forme démente, la première pouvant se subdiviser en deux variétés, suivant que le délire est expansif ou dépressif. La forme démente qui consti-

tuerait essentiellement, d'après quelques auteurs, la paralysie générale, est au contraire excessivement rare, et la forme qu'on appelle ainsi, dont la marche est très lente parce que les phénomènes inflammatoires sont peu prononcés, présente elle-même, presque toujours, à certains moments du moins, des idées délirantes.

Les symptômes qui, au contraire, caractérisent la paralysie générale, sont ceux de la forme délirante, le délire et les convulsions, par lesquelles débute presque toujours la maladie; ils persistent à un degré plus ou moins prononcé, pendant toute sa durée, et reprennent une plus grande intensité à chaque nouvelle poussée phlegmasique. La démence et la paralysie sont un résultat de la destruction des cellules et des fibres nerveuses, dû au travail hyperplastique de la péricérébrite, et ces deux symptômes ne se rencontrent seuls qu'après la disparition complète de cette hyperplasie, lorsqu'elle est remplacée par un processus régressif.

La paralysie générale se termine de quatre manières différentes : par la guérison, par la démence, par une manie ambitieuse chronique, enfin le plus souvent par la mort.

Les rémissions prolongées, qui surviennent à une époque avancée de la maladie, sont des cas de guérison, qui ne peut être complète, parce qu'une partie des éléments nerveux a été détruite par l'inflammation. Les rechutes sont faciles à cause des dilatations variqueuses des vaisseaux sanguins et de la dégénérescence graisseuse de leurs parois.

Les auteurs qui admettent la terminaison toujours fatale de la paralysie, ne font débuter cette maladie qu'à la seconde période, alors que les adhérences sont très nombreuses, que l'atrophie cérébrale a déjà commencé, que la couche corticale est remplie de corps granuleux, lesquels ne suffisent pas, lorsque l'on n'a pas pu suivre leur mode de formation, pour affirmer l'existence de la péricérébrite, puisqu'ils se rencontrent également dans le ramollissement ischémique.

La scission de la paralysie générale en deux affections distinctes, que soutiennent quelques auteurs, tient en partie à la dénomination de cette maladie, dont la nature est maintenant assez bien connue, pour que cette dénomination puisse être remplacée, soit par le nom de péricérébrite, soit par celui de périencéphalite, qui n'a d'autre défaut que d'avoir une signification trop étendue dans la plupart des cas.

L'objection que tous les cas de paralysie générale ne peuvent se rattacher à l'inflammation cérébrale, n'en est pas une; ces cas, s'il en existe, doivent être étudiés à part, pour qu'on puisse en rechercher la cause.

La péricérébrite, qui n'est pas spéciale à la paralysie générale, peut se subdiviser en un grand nombre de variétés, suivant la période de la vie à laquelle on l'observe, suivant l'intensité, le siège, l'étendue, la durée des phénomènes inflammatoires, suivant l'étiologie et la symptomatologie. On l'observe quelquefois dans l'idiotie et l'épilepsie.

La paralysie générale est due, comme je l'ai dit, à une péricérébrite à forme délirante. Elle survient ordinairement à l'âge moyen de la vie, de trente-cinq à cinquante-cinq ans, et elle est produite par deux causes principales : par une excitation intense et prolongée des facultés cérébrales et par l'intoxication alcoolique. Cette dernière cause, qui est niée encore par quelques auteurs, et dont j'ai cependant observé un certain nombre de cas incontestables, détermine des phénomènes inflammatoires moins intenses, moins difficiles à enrayer dans leur marche.

La manie ambitieuse incohérente, le délire hypocondriaque spécial ne permettent pas à eux seuls d'affirmer l'existence d'une péricérébrite, mais ils annoncent une irritation nerveuse de nature congestive ; et, quand ils durent un certain temps, qu'ils s'accompagnent de mouvements convulsifs, qu'il n'y a pas eu d'excès alcooliques, lesquels déterminent parfois une hyperémie passagère, l'inflammation ne peut guère être mise en doute.

Je joins à ce travail cinq observations de péricérébrite à la première période, dont le diagnostic ne peut être contesté, et qu'au point de vue symptomatique on pourrait appeler folies convulsives. Dans les deux premières, il n'y a qu'une hyperémie intense des membranes et de la couche corticale du cerveau, augmentée en même temps de coloration ; dans les trois autres, il y a de légères adhérences. L'examen microscopique, qui n'a eu lieu que dans deux de ces trois dernières, a montré des lésions inflammatoires ; et il me paraît certain qu'il en eût été de même pour les trois autres, s'il eût été fait.

Les altérations pathologiques du début de la péricérébrite, constatées dans ces observations, ne sont pas assez considérables pour faire admettre qu'elles doivent conduire fatalement à la mort, et pour faire rejeter l'idée de leur curabilité par une

médication énergique, telle que l'emploi à haute dose du tartre stibié et du bromure de potassium, employés seuls ou alternativement. Dans cette affection, j'ai pu porter progressivement la dose quotidienne du tartre stibié jusqu'à 1 gr. 10, et celle du bromure de potassium jusqu'à 40 grammes, sans déterminer d'accidents graves, et cette médication a produit des résultats très favorables.

Observation I

Sommaire. — Délire ambitieux, incohérent, embarras de la parole, titubation de la marche. Durée de la maladie, cinq semaines environ.

Injection excessive et coloration vineuse de la substance corticale du cerveau qui n'adhère pas aux membranes viscérales.

Le nommé G... entre à l'asile de la Charité le 23 octobre 1871, et y succombe le 23 novembre suivant.

Il est né le 12 juin 1812 dans l'Allier. Sa taille est de 1 m. 72. Le crâne est bien conformé.

Le certificat médical d'admission porte qu'il est atteint de paralysie générale depuis quelques jours, et ce diagnostic ne nous paraît pas douteux.

Il présente une agitation excessive, de l'incohérence dans les idées, du délire ambitieux, de l'embarras de la parole considérable, de l'amnésie, de la titubation de la marche, du tremblement des mains, des convulsions des lèvres, quand il parle.

L'agitation ne cesse que deux jours avant sa mort, pendant lesquels il tombe dans un état demi-comateux. La veille de sa mort il a eu une attaque épileptiforme.

Autopsie 26 heures après la mort. — Les membranes viscérales qui recouvrent le cerveau sont très injectées, surtout à sa face externe, et présentent quelques opalescences vers le milieu de cette face. Aucune adhérence de ces membranes à la substance corticale, que j'enlève moi-même dans toute leur étendue, avec le plus grand soin. La substance corticale est excessivement injectée d'une coloration vineuse, presque partout.

Les vaisseaux de la substance blanche sont distendus par le sang.

Le cervelet est peu injecté.

Observation II

Sommaire. — Excès alcooliques. Suppression du flux hémorrhoïdal. Accès de manie en 1833. guéri. Manie ambitieuse incohérente. Inégalité et contraction des pupilles, léger embarras de la parole, roideur des membres inférieurs. Durée de la maladie, 58 jours. Hyperémie considérable des membranes viscérales, et de la couche corticale du cerveau, sans adhérences.

M. de F... entré à Charenton, dans le service de M. Calmeil, le 6 mars, meurt le 8 mai 1858.

Il est âgé de soixante-trois ans, marié, ancien chef de bataillon, né à Marseille.

Éducation libérale. Bon caractère. Santé habituelle excellente. Il avait des hémorrhoïdes depuis longtemps ; elles se sont supprimées au mois d'août dernier, et, à la suite de cette suppression, il fut pris d'un accès de mélancolie de courte durée.

Un frère du malade, colonel en retraite, est mort fou à la suite d'excès alcooliques.

En 1833, M. de F... fut envoyé à l'asile de Marseille, pour y être soigné d'un accès de manie. Il resta deux ans dans cet asile et en sortit complètement guéri. Cet accès de manie paraît avoir été provoqué par l'abus de boissons alcooliques. Depuis un mois surtout, ces excès ont recommencé. Sa mise en retraite, en 1849, a changé aussi son caractère. Il est devenu bizarre, exalté, orgueilleux. Il est malade depuis huit jours. Excitation très grande, idées ambitieuses ; il parle continuellement de Dieu, de Napoléon. Il croyait, en entrant à Charenton, venir éclairer les ministres de ses conseils ; il a jeté son argent dans la rue. Sa marche est moins ferme.

Examen du malade, le jour de son entrée. — Petite stature, constitution grêle, front étroit et fuyant, pupilles contractées ; la pupille gauche est très étroite ; la droite, un peu plus large, est déformée ; son grand diamètre est transversal. Loquacité considérable, incohérence dans les propos. Il nous prend pour des personnages très haut placés, pour des membres de la famille impériale, etc., répond difficilement aux questions qu'on lui adresse, par des mots monosyllabiques et continue aussitôt après ses divagations. Il est très riche, ne restera pas longtemps dans la maison ; on doit bientôt venir le chercher, pour lui rendre la position qui lui est due. Il est prince, général, ministre, millionnaire. Il n'a pas dormi cette nuit, a troublé le repos du dortoir par des cris, des chants. Quand il marche, on remarque que ses jambes sont un peu roides. Les mouvements des membres supérieurs ne paraissent pas altérés. Pas de tressaillement des muscles de la face. Léger embarras de la parole.

Pendant les mois de mars et d'avril, l'état de M. de F... alla constamment s'aggravant. L'excitation maniaque, le délire ambitieux, l'incohérence des idées, devinrent de plus en plus considérables. L'inégalité et la contraction des pupilles persistèrent jusqu'à la fin.

30 avril. — Chaleur de la peau, haleine fétide, 110 pulsations. Une ou deux légères ulcérations à la main, produites par les efforts qu'il fait, pour se débarrasser de la camisole.

6 mai. — Phlegmon du bras droit, peu grave ; cataplasmes émollients.

Mort le 8 mai, à 4 heures du soir.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Os du crâne non injectés.

Dure-mère non adhérente à ces os, non injectée.

Arachnoïde ne présentant pas d'épaississement, ni d'opalescences.

Pie-mère. Ses vaisseaux sont considérablement distendus par le sang. Cette injection existe surtout sur la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères. Dans un grand nombre de points, on remarque de petites plaques d'un rouge vif, d'apparence ecchymotique, qui sont formées par

des vaisseaux capillaires remplis de sang et pressés les uns contre les autres. L'injection de la pie-mère est moins grande au niveau de la base du cerveau. Les membranes viscérales n'ont pas contracté d'adhérences avec la substance corticale.

La substance grise du cerveau, surtout à la face externe des hémisphères, est très injectée d'une coloration rosée, ne paraissant pas avoir perdu notablement de sa cohésion. Les vaisseaux de la substance blanche contiennent plus de sang qu'à l'état normal.

Le liquide sous-arachnoïdien paraît être augmenté. Toute la substance cérébrale est plus humide.

Le cervelet, l'isthme de l'encéphale sont peu injectés. Les autres organes étaient sains. Les parois du ventricule gauche du cœur sont un peu hypertrophiées.

Observation III

Sommaire. — Délire hypocondriaque spécial. Embarras de la parole. Mort de gangrène pulmonaire, au bout de trois mois. Injection considérable des méninges viscérales du cerveau. Léger ramollissement de la substance corticale. Adhérences commençantes. Examen microscopique.

Le nommé D..., caporal, ancien doreur, né à Lille, célibataire, catholique, entre à la maison de Charenton le 29 août 1858, et y succombe le 3 octobre suivant.

Taille d'un m. 58 c., cheveux et sourcils blonds, bonne conformation crânienne.

Il est atteint de délire lypémaniaque avec refus d'aliments, depuis près d'un mois. Ce soldat était intelligent, mais sa mauvaise conduite avait nui à son avancement et il avait éprouvé une vive contrariété de voir donner à un autre la place de sergent, qu'il croyait mériter.

1er septembre. — Idées tristes très marquées; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse, dit qu'il est mort, demande à manger continuellement, parce qu'il a faim, et ne mange presque pas quand il est à table. Embarras de la parole.

2 septembre. — Même état.

5 septembre. — Idées ambitieuses. Il a, dit-il, une très belle voix, nous chante des morceaux de la Favorite. Il demande toujours à manger et mange très peu.

15 septembre. — Il est très triste, prend difficilement les aliments qu'on lui donne, n'a aucun soin de sa personne.

23 septembre. — Il ne consent à prendre qu'un peu de vin et de bouillon. Il dit qu'on le maltraite, qu'on veut le faire mourir. On essaye de pratiquer le cathétérisme œsophagien; il résiste de toutes ses forces et on éprouve une grande difficulté à introduire la sonde. Il prend un peu de soupe.

24 septembre. — Il est gâteux, urine partout où il se trouve. On le passe à la division des malpropres. Il n'a pris qu'un peu de vin.

25 septembre. — On le nourrit à la sonde.

26 septembre. — Il ne se lève plus, refuse tous les aliments, et comme le cathétérisme œsophagien est très difficile, on lui fait prendre avec un biberon du vin et du bouillon.

27 septembre. — 110 pulsations. Peau chaude.

28 septembre. — 115 pulsations. Peau chaude et sudorale, hébétude, sécheresse de la langue. Bouillons. Eau vineuse. Embarras de la parole.

29 septembre. — 105 pulsations. Même état. Quelques spasmes dans les muscles de la face et des membres. Bouillons.

30 septembre. — 108 pulsations. État toujours à peu près le même depuis huit jours. Hébétude, difficulté à ouvrir la bouche, tremblement de la langue. Embarras de la parole. Il dit que cela le fatigue de parler. qu'il ne peut prononcer certains mots. Sensibilité obtuse. La main droite est dans une flexion forcée, par suite de la paralysie des muscles extérieurs des doigts. Pupilles égales et normales. 10 sangsues. Diète.

A la visite du soir, je constate que 5 sangsues seulement ont pris. Bouche grandement ouverte. Roideur des membres. Il ne peut parler, mais comprend les questions qu'on lui adresse. 108 pulsations.

1er octobre. — 100 pulsations. Pas de chaleur à la peau. Même état à peu près qu'hier matin. L'intelligence est assez nette. Délire hypocondriaque spécial. On le fait mourir, on le réduit à sa plus simple expression. Il avait des petits yeux, on les lui a fait partir et on lui en a mis d'autres. Embarras de la parole très marqué. Paralysie des muscles extenseurs du poignet droit. Il ne peut, malgré tous ses efforts, étendre la main sur l'avant-bras. Bouillons. Diète.

2 octobre. — Il croit qu'il est mort, réduit en poussière, en putréfaction, etc., etc.

3 octobre. — Même délire. 112 pulsations. Bouillons.

4 octobre. — Il répond très bien aux questions qu'on lui fait, quand il veut, parle sans desserrer les dents, ce qui rend la prononciation difficile. Les lèvres et les narines présentent des plaques épidermiques, à moitié détachées. Le délire hypocondriaque est toujours le même. On le fait mourir, on le tue, on le réduit en poussière. Cette nuit on lui a rapetissé la tête. Pupilles égales et normales. 112 pulsations. Le poignet est toujours dans une forte flexion et le malade remue très difficilement le bras. Le membre inférieur correspondant est plus roide que celui du côté opposé, et moins mobile.

La sensibilité cutanée est obtuse, sans être complètement abolie. Bouillons. 102 pulsations.

5 octobre. — Il succombe à trois heures et demie du soir.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Eschare au sacrum. Poignet droit dans la flexion. Os du crâne un peu injectés, d'une épaisseur normale. Dure-mère injectée; pas de néomembranes. Liquide sous-arachnoïdien en petite quantité.

Les membranes viscérales du cerveau présentent des suffusions sanguines, à la partie postérieure de la face externe de l'hémisphère droit, dans une étendue de 7 à 8 centimètres et dans deux endroits de la partie antérieure de l'hémisphère gauche.

Ces membranes sont très injectées, elles ne sont ni épaissies ni opalescentes. Elles sont très fines, très peu résistantes, se déchirent facilement, ce qui rend leur enlèvement difficile. On trouve des adhérences de ces membranes à la substance corticale du cerveau dans trois ou quatre points très limités, à la partie la plus antérieure des hémisphères; elles sont un peu plus marquées à gauche qu'à droite. Dans le reste de leur étendue, elles happent à la substance corticale, qui est plus humide, plus molle qu'à l'état normal. Dans les points très limités où elles adhèrent au cerveau, elles entraînent avec elles de petites parcelles de substance cérébrale de 2 à 3 millimètres d'étendue.

Le cerveau est turgescent, les circonvolutions sont pressées les unes contre les autres. Il est très injecté.

La substance cérébelleuse est peu injectée. L'isthme de l'encéphale et la moelle sont sains.

Le cœur est sain.

Le poumon gauche présente la plus grande partie de son étendue farcie de petits foyers gangréneux. Ces foyers sont plus nombreux à la base qu'au sommet, en arrière qu'en avant. Il y en a une vingtaine; leur volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une grosse noisette. Quelques-uns ressemblent un peu à des abcès métastatiques, contiennent un liquide blanchâtre, épais, crémeux, tandis que la plupart sont remplis par un liquide sanieux, gris noirâtre, et de débris de tissu pulmonaire gangrené, ayant une odeur spécifique. Autour de ces foyers, le tissu pulmonaire a, dans certains endroits, un aspect ardoisé, non induré, non ramolli; dans d'autres il est augmenté de consistance, va au fond de l'eau, est friable, rougeâtre, infiltré de sang. La plèvre qui recouvre le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur est enflammée; elle est épaissie, blanchâtre. C'est immédiatement au-dessous d'elle que se trouvent les parties du poumon les plus gangrenées. Le poumon droit est congestionné, rougeâtre dans toute son étendue.

Les organes de la cavité abdominale sont sains.

Examen microscopique. — Arachnoïde viscérale du cerveau infiltrée de noyaux embryoplastiques, de corps fusiformes et de fibres lamineuses en voie de formation. Les vaisseaux de la pie-mère et ceux de la substance corticale sont très dilatés et remplis de sang; un grand nombre de globules sont extravasés. La substance corticale est plus molle, plus humide, plus facile à étendre sur les lamelles de verre. La matière amorphe est plus granuleuse; les myélocytes sont gonflés, plus nombreux. On trouve quelques noyaux embryoplastiques. Il n'y a pas de corps granuleux. Ces lésions de structure sont surtout marquées dans les parties de la substance cérébrale qui présente des adhérences commençantes.

Observation IV

Sommaire. — A l'âge de dix-sept ans, condamnation à 2 mois de prison pour attentat à la pudeur. Le 25 novembre 1864, nouvelle condamnation à 6 mois de prison pour escroquerie. Début de la folie peu de jours après son arrestation. Délire ambitieux spécial, incohérence des idées, agitation

excessive. Mort au bout de 50 jours. Hyperémie considérable des membranes viscérales et de la couche corticale du cerveau. Enlèvement avec les membranes de petites parcelles de couche corticale, grosses comme un grain de mil. Examen microscopique.

Le nommé L..., âgé de trente trois ans, célibataire, scieur de long, est entré à l'asile de Dijon le 22 décembre 1864, où il a succombé le 11 février 1865.

Il vient de la prison, ayant été condamné le 25 novembre 1864, à 6 mois de prison, pour escroquerie.

En 1846, il avait déja subi une condamnation de 20 mois de détention, pour attentat à la pudeur.

L'accès de folie paraît avoir éclaté au commencement du mois de novembre, et avoir été déterminé par son arrestation, mais il n'a été constaté par des médecins que quelques jours avant son entrée à l'asile. On avait cru d'abord qu'il simulait la folie, pour échapper à une condamnation.

23 décembre. — Taille d'un m. 60 c., cheveux et sourcils noirs, bonne conformation de la tête.

Il est très agité, ne peut rester en place et répond difficilement aux questions qu'on lui adresse.

Il n'a pu rester couché cette nuit; il se levait à chaque instant, ôtait sa chemise, croyait voir couler du sang sur lui. Il poussait des cris, demandait grâce, se jetait à genoux, etc.

Ce matin, il nous dit que cette nuit les diablotins n'ont pas cessé un instant de le tourmenter de mille manières, comme ils l'avaient déjà fait, pendant qu'il était en prison. Ces diablotins étaient habillés, les petits en noir, les grands en rouge: tous avaient des cornes.

Idées fétichiques et ambitieuses. Il prétend qu'on peut faire des hommes avec la plupart des objets de la nature: avec du sucre, de la paille, des métaux précieux. Les meilleurs sont faits en argent. Pour leur donner la vie il suffit de leur souffler dans le corps. Il est très riche, ne connaît pas le nombre de ses millions. Il présente un peu d'incohérence dans les idées. Pas d'embarras de la parole appréciable, ni d'inégalité des pupilles.

6 janvier 1865. — Il est à peu près dans le même état qu'au moment de son entrée. Il est très agité, ne peut rester en place, déchire ses vêtements et présente beaucoup d'incohérence dans ses idées. Le délire ambitieux semble moins prononcé. Il parle cependant toujours de millions, quand on l'interroge sur sa fortune.

Pas de troubles de la motilité appréciables. Bain de 6 heures.

7 janvier. — Laryngite légère. Julep avec extrait d'opium, 0 gr. 05.

8 janvier. — Il est un peu plus calme.

9 janvier. — Bain de 4 heures.

10 janvier. — Même état. Bain de six heures. Laryngite guérie.

11 janvier. — Bain de trois heures.

12 janvier. — Bain de quatre heures.

13 janvier. — Il est un peu plus calme.

14 janvier. — Même état.

15 janvier. — Il est plus agité la nuit que le jour. On peut l'occuper à quelques petits travaux.

21 janvier. — L'agitation est redevenue très-intense. Tartre stibié 0 gr. 05. 3 bouillons.

24 janvier. — Bain de trois heures.

9 février. — Agitation assez vive. Même délire. Depuis huit jours il n'a pas pris de bain, à cause de l'abaissement considérable de la température. Bain de quatre heures.

10 février. — Bain de quatre heures.

11 février. — Il succombe subitement à trois heures, après avoir présenté toute la journée, une agitation excessive.

Autopsie, 40 heures après la mort.

Poids du cerveau (hémisphères égaux)......	1227 gr.
— du cervelet.........................	161
— du bulbe...........................	12
— de la protubérance	23
Total	1423 gr.

Les os du crâne sont très épais et très injectés. La suture sagittale est en partie ossifiée. Les dépressions produites par les artères méningées et le sinus longitudinal supérieur sont très profondes. Les sinus frontaux sont très développés.

La dure-mère est injectée sans trace de néomembrane.

Les membranes viscérales du cerveau présentent quelques opalescences le long des vaisseaux qui serpentent à la partie moyenne de la face externe. Elles sont très injectées et présentent des suffusions dans leur épaisseur. Ces suffusions sont très marquées à la partie inférieure de la face externe, et se prolongent en avant sur la face inférieure des lobes antérieurs.

Les membranes du cervelet présentent un peu d'injection à la face supérieure.

Le bulbe et la protubérance paraissent sains.

Les membranes du cerveau entraînent avec elles, dans un assez grand nombre de points, de petites parcelles de substance corticale, dont les plus grosses ont le volume d'un grain de mil. Dans les points où les adhérences sont le plus marquées, la substance corticale est injectée et présente même çà et là une coloration légèrement vineuse. Ces adhérences n'existent pas sur le tiers postérieur. Elles sont surtout nombreuses sur le lobe antérieur, au sommet antérieur du lobe moyen et le long de la grande scissure inter-hémisphérique.

Il y a une grande différence entre la coloration de la substance corticale du tiers postérieur des hémisphères, qui est normale, et celle des deux tiers antérieurs, beaucoup plus foncée, et même piquetée de sang dans quelques points.

Dans les points des lobes antérieurs et pariétaux, où les membranes n'entraînent pas de substance corticale, elles happent à cette substance et se détachent difficilement.

La substance blanche est normale; elle est peut-être un peu injectée.

Des vésicules miliaires existent sur le plancher du quatrième ventricule,

sur les ventricules latéraux et le ventricule médian, auxquels ils donnent un aspect finement chagriné.

L'examen microscopique des points les plus altérés de la substance corticale constate une distension considérable des capillaires, par les globules de sang, des granulations protéiques et graisseuses, disséminées dans la matière amorphe, une hypergénèse des cellules conjonctives, des globules rouges de sang extravasés, quelques globules blancs. Pas de cellules granulées.

Fibres lamineuses en voie de formation sur l'arachnoïde viscérale. Extravasation de globules sanguins, rouges et blancs.

Observation V

Sommaire. — Délire ambitieux, incohérent, léger embarras de la parole. Hyperémie des méninges et de la couche corticale du cerveau. Adhérences très limitées à la partie antérieure des hémisphères.

Le nommé B..., âgé de quarante-un ans, marié, entre à l'asile de Niort le 14 août 1861, où il succombe le 24 octobre.

Certificat d'admission. Le nommé B..., est atteint de manie ambitieuse Il est heureux, fait des spéculations qui doivent lui réussir à merveille. Il achètera de belles propriétés qui l'enrichiront beaucoup. Le commencement de cette affection semblerait se rattacher à la mort violente de son père, écrasé par la chute d'une charpente, dans le mois de décembre dernier. Cependant ce n'est que quelques mois après cet accident, et particulièrement pendant les partages de la succession de son père, qu'on a remarqué quelques changements dans ses idées et sa conduite. Depuis il a fait plusieurs spéculations, qu'on a été obligé d'annuler, comme contraires à la saine raison. Pendant les huit derniers jours, la maladie a fait des progrès rapides.

Du 14 août au 15 septembre il présente une agitation considérable, du délire ambitieux incohérent et un très léger embarras de la parole.

Du 14 au 21 août, bain quotidien de 4 heures avec eau froide sur la tête.

1er septembre. — L'agitation a disparu en grande partie, mais le délire ambitieux persiste. Il est riche à millions, etc.

Il présente un peu d'embarras de la parole, qui demande une certaine attention pour être perçu, et qui n'est pas continuel. Ce malade ne peut rester en place, et remue continuellement les membres, pendant qu'on l'interroge.

Du 2 au 18 septembre, il prend de la tisane contenant 0, 15 de tartre stibié.

15 septembre. — Légère amélioration dans son état mental. Le délire ambitieux est beaucoup moins prononcé, et, pour le constater, il faut l'interroger pendant un certain temps. L'embarras de la parole est plus difficile encore à percevoir que les premiers jours.

19 septembre. — Calomel, 0 gr. 10, en dix paquets, à prendre chaque jour. Même prescription jusqu'au 23 septembre.

1er octobre. — Même état mental. L'embarras de la parole est toujours

difficile à percevoir; le délire ambitieux ne consiste plus que dans des idées de contentement, dans l'absence de conscience de son état morbide.

4 octobre. — Le délire ambitieux est revenu plus accusé. Il est parent de l'Impératrice, l'Empereur doit venir le chercher. Personne n'est aussi fort, aussi bien portant, aussi riche que lui.

6 octobre. — Même délire ambitieux, il est toujours allié à la famille impériale.

15 octobre. — Même délire ambitieux. L'intelligence est affaiblie. Depuis qu'il est à l'asile, il n'a jamais eu une conscience bien exacte des faits, qui se passent autour de lui. La jactitation continue, il ne peut rester en place une seconde. L'embarras de la parole est très peu prononcé, et demande une grande attention, une grande habitude pour être perçu.

17 octobre. — 15 ventouses scarifiées à la nuque. Bouillons; 0 gr. 10 calomel. Rougeur de la face. Hébétude.

18 octobre. — Bouillons. Saignée de 500 gr. Calomel, 0 gr. 10.

19 octobre. — L'afflux sanguin vers la tête diminue. Demi-portion d'aliments. 0 gr. 10, calomel.

20 octobre. — Même prescription.

21 et 22 octobre. — Portion entière d'aliments. 0 gr. 10, calomel.

23 octobre. — Saignée de 500 gr.; 0 gr. 10, calomel. Il est pris d'une attaque de congestion cérébrale à forme comateuse qui entraîne la mort au bout de vingt-quatre heures. Elle était caractérisée par de la rigidité des membres, l'impossibilité de parler et l'obtusion des facultés intellectuelles.

Autopsie, 40 heures après la mort. — Les os du crâne sont un peu plus épais qu'à l'état normal et gorgés de sang. La face interne de la dure-mère est très injectée, ainsi que les membranes viscérales du cerveau. L'injection de ces dernières membranes a lieu dans toute leur étendue, mais surtout à la partie antérieure des hémisphères. On constate çà et là quelques suffusions sanguines dans leur épaisseur. Elles n'adhèrent à la substance corticale que dans trois points très limités, au sommet du lobe frontal et sur la corne sphénoïdale. La substance corticale est plus humide, un peu moins consistante qu'à l'état normal, plus colorée. Les vaisseaux sont dilatés, distendus par le sang.

Injection de la substance blanche.

Cervelet paraissant sain.

Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent rien d'anormal. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Ball. — J'ai cru longtemps, sur la foi des auteurs anglais, que les adhérences, quoique la règle dans la paralysie générale, pouvaient cependant manquer assez souvent. Depuis que je fais journellement des autopsies de paralytiques généraux, je ne les ai jamais vues faire défaut, et j'en suis arrivé à les regarder comme

la caractéristique anatomique de la maladie, au même titre que les plaques de Peyer pour la fièvre typhoïde.

Il y a un point de la communication de M. Brunet, que je tiens à relever. La dose de 30 à 40 gr. de bromure de potassium qu'il administre à ses malades dans une journée, me confond absolument. Je suis habitué à penser que 3 à 4 gr. de ce médicament suffisent à augmenter la fluidité du sang; je serais donc très inquiet si de si énormes quantités de ce médicament étaient administrées à mes malades.

M. Paul Garnier. — Je demanderai à M. Brunet, s'il est dans son intention de remplacer le terme de paralysie générale par la dénomination de *péricérébrite*. S'il en était ainsi, je serais en formelle opposition avec lui, car le processus anatomique propre à cette maladie ne se limite pas à la périphérie du cerveau, mais envahit aussi la profondeur, ainsi que le démontrent les altérations épendymaires, par exemple. La prolifération conjonctive enserre tous les éléments nerveux, et si l'on devait définir par un terme nouveau la propagation de ces lésions, celui d'*intracérébrite* serait peut-être plus juste. Pour moi, je pense qu'il vaut mieux garder celui de paralysie générale avec lequel tout le monde se comprend.

M. Falret. — Je tiens à ajouter un mot à ce qu'a dit M. Ball à propos des doses énormes de bromure de potassium administrées par M. Brunet, et sans inconvénient d'après lui. N'y aurait-il pas erreur sur la qualité de ce bromure ? Ou bien n'existe-t-il pas une différence dans l'absorption et l'élimination du bromure par les urines selon qu'il s'agit de tel ou tel individu, ou de telle ou telle maladie ? Chacun connaît cette différence d'absorption et d'élimination, par exemple, chez les hystériques et à l'état normal.

M. le Président. — La parole est à M. Ladame pour la lecture de sa communication.

ÉRYTHROPSIE
(VUE ROUGE)
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

M. le Dr Ladame (*de Genève*). — Depuis que M. Baillarger a attiré l'attention des médecins sur les phénomènes oculaires et visuels qui s'observent dans la paralysie générale, on a constaté des troubles très variés de la vision, se manifestant à toutes les périodes de cette maladie, surtout au début de l'affection.

Les hallucinations de la vue paraissent être assez communes chez les paralytiques généraux, malgré ce qu'ont prétendu certains auteurs. Elles n'affectent, il est vrai, qu'un caractère transitoire et ne préoccupent que fort peu les malades. Elles sont généralement en rapport avec les symptômes d'excitation ou de dépression psychiques qu'ils présentent. Les mélancoliques voient le diable, ou des animaux horribles, les maniaques ont parfois des apparitions célestes. M. Christian rapporte qu'un de ses malades ne pouvait plus quitter son lit, ne détachait pas ses yeux du plafond et riait aux éclats ; il voyait le ciel s'entr'ouvrir et Dieu, assis sur un trône de diamant, lui faisait signe de venir à côté de lui. — On signale déjà plus rarement la vision de certaines couleurs recouvrant les objets d'une teinte uniforme.

Les déprimés voient en « noir »; les serpents qui rampent sur le sol sont noirs, les spectres hideux qui les épouvantent sont noirs, les objets qui les entourent ont une teinte noire, tout est sombre autour d'eux, et ce phénomène est maintes fois le signe d'une amaurose au début. Un malade qui devint aveugle voyait tout son appartement et ses meubles recouverts de suie. — D'autres fois les malades voient blanc. Mendel cite le cas d'un paralytique général qui vivait au sein de « régions neigeuses ». Il voyait constamment tomber de la neige autour de lui. Divers autres troubles de la vision colorée ont encore été signalés par les auteurs. — M. Christian parle d'un malade qui passait ses journées à fixer le ciel, bégayant avec enthousiasme : « Il tombe de l'or ! de l'or ! de l'or ! »

Le professeur Fuerstner, de Heidelberg, a décrit une altération spéciale du sens des couleurs et de la perte du sens du relief, qu'il a observée chez certains paralytiques généraux.

Mais nous ne connaissons pas d'exemple de « vue rouge », d'érythropsie proprement dite, dans la paralysie générale. C'est ce qui nous a engagé à relater l'observation suivante qui nous paraît présenter à cet égard un certain intérêt.

Il y a quelques mois, je fus consulté par un homme d'une quarantaine d'années pour des insomnies qui s'étaient déclarées, disait-il, à la suite d'un accident. Il avait fait une chute, suivie de phlegmon et d'abcès articulaire dans l'épaule droite, ayant nécessité une intervention chirurgicale. — En procédant à l'examen du malade, je trouvai ses pupilles sensiblement égales, fortement contractées, presque punctiformes et immobiles à la lumière, tan-

dis qu'elles réagissaient nettement à la convergence. Ce symptôme, le signe d'Argyll Robertson, si fréquent dans le tabes, est presque toujours accompagné dans cette dernière maladie, comme on le sait, de la perte des réflexes rotuliens. — Or, chez mon malade ces réflexes étaient au contraire très exagérés.

La présence simultanée de ces deux signes, le myosis avec immobilité réflexe des pupilles et l'exagération des réflexes rotuliens, existant parallèlement avec certains troubles psychiques, bien légers sans doute encore, mais manifestes, pouvaient mettre déjà sur la voie du diagnostic. Je soupçonnai l'existence d'une paralysie générale au début. D'autres indices ne tardèrent pas à confirmer ce diagnostic, notamment une hésitation assez marquée de la parole. Puis, le malade se plaignait beaucoup de l'affaiblissement de sa mémoire ; il oubliait très facilement les hommes et les choses dont il s'occupait journellement. Il omettait des lettres ou des mots entiers en écrivant ou en lisant. Il se rendait néanmoins très bien compte de ces lacunes et s'en chagrinait beaucoup. Il n'avait aucun tremblement des lèvres ou des mains. Son caractère s'était profondément modifié depuis son accident. Il entrait facilement en colère et devenait insupportable dans sa famille. Ses habitudes étaient dérangées, son travail journalier mal fait et plein de lacunes. Il exagérait tout. Ses allures étaient parfois bizarres.

Je l'ai souvent observé au moment où il allait sortir de mon cabinet de consultation. Il devenait hésitant. Portant d'abord ses regards de tous côtés, il passait la main derrière un fauteuil adossé à ma bibliothèque, et se penchait pour regarder sous des meubles comme pour découvrir quelque objet qu'il aurait peut-être oublié, puis, au moment de sortir, il se retournait vivement encore sur le seuil de la porte, et jetait un regard circulaire, comme s'il avait le sentiment d'avoir perdu quelque chose. Il fermait précipitamment la porte et se sauvait alors comme un voleur.

Il me dit un matin : « Je dois vous consulter pour un phénomène qui m'est arrivé depuis quelques jours et qui m'inquiète extraordinairement. Figurez-vous que toutes les personnes que je rencontre sont défigurées ; tous les objets que je regarde sont maculés de taches rouges ; tous les visages me paraissent criblés de lentilles rouges qui forment de petites plaques elliptiques offrant un certain relief, ce qui rend affreuses les physionomies des gens. Ma femme, mes enfants, vous-même, tous les passants sont mé-

connaissables. Je n'ai pas osé en parler à qui que ce soit, et je n'en ai rien dit surtout à ma femme et à mes enfants qui en auraient été effrayés. Dites-moi ce qu'il faut faire pour me guérir de ce fâcheux symptôme. Je crains beaucoup pour ma vue. »

J'adressai le malade à mon ami le Dr Haltenhoff, qui voulut bien se charger de l'examen de la vue, dont voici les principaux résultats :

Aucune anomalie de la vision, à l'exception de l'hypermétropie. Le champ visuel en particulier, examiné au périmètre, est absolument normal pour toutes les couleurs.

Le sens des couleurs, mesuré avec l'appareil à couleurs complémentaires de polarisation (chromoptomètre de Chibret), paraît un peu moins fin pour l'œil gauche, mais c'est une différence insignifiante et, en somme, la distinction des teintes les plus faibles est suffisante.

L'ophtalmoscope ne révèle aucune anomalie, autant du moins que le myosis permet l'exploration. M. Haltenhoff n'a pas jugé à propos de dilater les pupilles au moyen de l'atropine, parce que le malade aurait été fort gêné, vu l'hypermétropie, et inquiété par l'augmentation de son érythropsie. Ce dernier symptôme est dû certainement, d'après M. Haltenhoff à une excitation particulière du centre de la vision chromatique, probablement liée à la périencéphalite diffuse en voie de développement.

« L'érythropsie chez ce malade, dit-il, est un phénomène subjectif très différent de la vue rouge *périodique*, de certains opérés de cataracte. Chez ces derniers la teinte rouge vif du champ visuel est *uniforme*. M. X... voit constamment, sur les parties claires des objets seulement, un pointillé rouge qui, très fin de près, paraît plus grossier sur les objets un peu éloignés. Pour les objets très éloignés, le phénomène manquait. »

Lorsque M. Haltenhoff examina le malade, il s'était évidemment produit déjà une modification de la vue rouge, car j'avais constaté, deux à trois semaines auparavant, que l'érythropsie s'étendait sur tous les objets éclairés, même sur le tableau noir de mon cabinet, sur lequel j'avais prié le malade de tracer le dessin des lentilles rouges qu'il y apercevait en relief. Un autre signe, en effet, qui n'existait plus lors de l'examen de M. Haltenhoff, c'était le *relief* très accentué des plaques rouges

vues par le malade. C'est le symptôme inverse présenté par les malades du prof. Fürstner, qui ne voyaient plus le relief des objets.

L'examen visuel révéla enfin qu'en atténuant la lumière par des verres gris fumés, on ne faisait pas disparaître la vision rouge. Mais avec des verres bleus on la dissipait complètement, ce qui semblerait indiquer selon notre distingué confrère, que ce sont les rayons de la partie la moins réfrangible du spectre pour lesquels existe une sorte d'hyperesthésie.

« Fait curieux, ajoute M. Haltenhoff, après avoir porté les verres bleus pendant quelques minutes, le malade prétendait ne plus voir rouge du tout et se déclarait très agréablement impressionné; les objets clairs persistaient, même sans verres, à lui offrir leur teinte naturelle! »

Le malade sortit de l'examen ophtalmoscopique avec un violent mal de tête qui dura jusqu'au lendemain. Mais son érythropsie était en train de disparaître et quelques jours après, il ne portait déjà plus les lunettes qui lui avaient été ordonnées par M. Haltenhoff, parce que, disait-il, c'était inutile. La vue rouge avait entièrement disparu. Le phénomène avait duré environ deux mois.

M. le Dr Dufour, de Lausanne, a publié l'année dernière un intéressant mémoire « sur la vue rouge ou l'érythropsie », dans lequel il résume les travaux de ses devanciers, en y ajoutant quatre nouvelles observations personnelles.

Ce mémoire nous apprend que l'érythropsie des oculistes est bien différente de la « vue rouge » que nous avons observée chez notre malade. En effet, sans parler de la teinte rouge uniforme, relevée déjà par M. Haltenhoff, nous voyons que l'érythropsie ordinaire des ophtalmologistes se produit dans des conditions de fort éclairage et de *large pupille*. Il est vrai qu'au lieu d'une teinte uniforme, notre malade voyait, sur les objets vivement éclairés, de petites taches rouges lenticulaires se présentant en relief nettement accusé, comme des boutons aplatis. En outre chez notre paralytique, les pupilles étaient punctiformes, bien que le phénomène de la vue rouge fût très marqué. — Nous avons interrogé le malade avec soin pour savoir s'il avait été ébloui par une trop vive lumière. Il nous répondit qu'il ne s'en était pas aperçu. Nous devons dire, cependant, que le phénomène se manifesta après une chute de neige assez abondante,

suivie de journées froides et ensoleillées. Il est donc assez probable que l'impression lumineuse intense n'a pas été étrangère à la production de l'hallucination. Sous ce rapport, notre cas rentrerait ainsi dans la règle, puisque, selon M. Dufour, la condition la plus fréquente qui se présente dans l'érythropsie, c'est l'exposition préalable des yeux à une forte lumière.

Après avoir discuté les diverses théories qui ont été proposées pour donner une explication du phénomène, M. Dufour conclut en ces termes :

« En résumé, tout en inclinant à supposer un siège central de l'érythropsie, je reconnais que dans l'état actuel de nos connaissances nous ne pouvons que supposer et non point savoir. Les conditions qui paraissent constantes sont l'influence de la lumière vive sur une pupille élargie, que l'élargissement résulte d'un colobome ou de l'action de l'atropine ; les conditions fréquentes mais non constantes sont une sensibilité générale exagérée ou des phénomènes hystériques. Enfin, il n'y a pas de modification locale visible à l'ophtalmoscope »

Plusieurs auteurs ont cité des cas d'érythropsie à la suite d'émotions morales. Hilbert et Mayhoefer, en particulier, ont observé la vision rouge chez des personnes ayant subi de légères opérations dans les yeux, à la suite d'une grande colère ou d'une excitation physique violente accompagnée d'anxiété.

Les hystériques et les épileptiques offrent souvent le phénomène de la vue rouge, surtout après leurs attaques. On s'est basé sur ces cas pour fixer le siège de l'érythropsie dans les centres corticaux de la vision et nous pensons que l'observation de notre malade vient à l'appui de cette opinion. Il nous paraît évident qu'il s'agit ici d'un phénomène subjectif, véritable hallucination de la vue, produite par l'excitation des éléments sensibles des centres visuels de l'écorce cérébrale, dans les lobes occipitaux. S'il n'en est pas toujours ainsi pour la vue rouge en ophtalmologie, nous pensons qu'il ne peut guère en être autrement dans les affections cérébrales, de la nature de la paralysie générale, qui présentent des lésions corticales. Le Dr J. Mickle a trouvé, comme résultat de ses autopsies, que, dans les cas d'hallucinations visuelles, chez les paralytiques généraux, la circonvolution supramarginale (lobule du pli courbe) est plus souvent affectée que le gyrus angularis (pli courbe), et que les adhérences méningées sont généralement très marquées dans la partie postérieure du lobe pariétal.

Le phénomène de la vue rouge est peut-être plus fréquent qu'il ne le semble dans cette maladie. Il peut, en effet, passer facilement inaperçu chez les paralytiques généraux qui n'y ajouteront le plus souvent aucune importance. Puis il est habituellement très fugace, et, dans bien des cas, n'arrive sans doute pas même à la perception consciente des malades, tant ils sont absorbés par d'autres préoccupations infiniment plus intéressantes à leurs yeux.

Le symptôme d'érythropsie ne paraît pas être d'un mauvais pronostic pour la vue de ceux qui en sont affectés.

Quant à notre malade, sa paralysie générale s'aggrava bientôt très rapidement et les symptômes éclatèrent avec violence. Modeste employé de bureau, il fit des dépenses extravagantes. Un jour il achète une chaîne d'or de 200 fr. Il prétend qu'il est très riche et dit partout qu'il a hérité de cent mille francs. Il a écrit plus de cent volumes et connaît toutes les langues de l'Europe, l'allemand, l'italien, l'anglais, le portugais, l'espagnol, le latin, le grec, l'anatomie, la physiologie, etc., etc. Tout cela est débité avec de brusques hésitations et une parole très embarrassée. — Le malade devient menaçant et frappe brutalement sa femme. On est obligé de l'interner dans un asile d'aliénés où il se montre très agité et bruyant. Il est mis en cellule et meurt au bout de quelques semaines dans le gâtisme le plus complet. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Charpentier. — M. Ladame, dans son intéressante communication a bien mentionné le myosis, l'exagération des réflexes, mais il ne nous a pas dit si ces phénomènes étaient constants ; il y aurait intérêt à savoir si l'érythropsie se manifestait parallèlement à ces symptômes. M. Ladame ne nous a pas dit si dans les rêves cette érythropsie existait et il y aurait intérêt à le savoir, surtout pour établir l'état anatomique de l'œil. Quand un halluciné de la vue me raconte son hallucination et que je ne peux la constater, j'ai l'habitude de lui demander si elle se manifeste dans le rêve, et sa réponse, quand elle est affirmative, me porte à admettre l'intégrité de l'œil, puisqu'en ce cas l'hallucination se produit sans le concours du globe circulaire.

M. Paul Garnier. — Je crois qu'il existe en pareil cas une hyperémie rétinienne plus ou moins durable. Je comparerai volontiers ce phénomène à ce qui se passe dans l'accès de délire épileptique, où les hallucinations visuelles avec érythropsie sont fréquentes. Les recherches de M. le Dr G. Pichon, tendent à montrer que par suite de la répétition fréquente des accès convulsifs, la rétine présente une hyperémie pouvant dégénérer en congestion irritative, et aboutir progressivement à la sclérose, à l'atrophie comparable à l'atrophie papillaire tabétique.

M. Ladame. — Je m'associe complètement aux remarques de MM. Charpentier et Paul Garnier, et je pense que de nouvelles recherches sont nécessaires pour mieux établir le rapport de cause à effet entre l'érythropsie et l'hyperémie de la rétine.

M. le Président. — La parole est à M. G. Lemoine pour la lecture de sa communication.

DE L'ARTHRITISME

COMME CAUSE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

M. le Dr G. Lemoine, *professeur à la Faculté de Lille.* — En étudiant les causes de la paralysie générale, on a beaucoup recherché les causes occasionnelles, mais on n'a fait que fort peu d'investigations du côté des causes prédisposantes. On a par exemple fouillé la question des rapports de la syphilis, de l'alcoolisme, des professions, du travail intellectuel, etc., avec la paralysie générale, mais les travaux faits sur les relations de cette maladie avec les grandes diathèses sont très peu nombreux.

Or, il semble démontré, chaque jour de plus en plus, que la question du terrain prime toutes les autres quand il s'agit du développement des maladies nerveuses. La syphilis, la tuberculose, les maladies générales, les maladies locales, les intoxications, le traumatisme, etc., ne peuvent provoquer l'apparition de phénomènes nerveux que chez des sujets entachés d'hérédité nerveuse ou encore d'une tare originelle autre que l'hérédité nerveuse, mais plaçant le système nerveux dans un état de faiblesse particulier grâce auquel il subit le contre-coup de toutes les maladies. Le professeur Charcot a mis en évidence d'une façon remarquable le rôle que joue l'arthritisme comme cause prédisposante pour les maladies nerveuses. Depuis longtemps, on connaissait les rela-

tions si intimes qui existent entre la chorée et le rhumatisme, on connaît aujourd'hui celles, non moins profondes, qui unissent la la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, l'hystérie et la neurasthénie et les diverses manifestations de l'arthritisme. Je crois pouvoir affirmer, d'après les recherches que j'ai faites à l'asile de Bailleul, que la paralysie générale évolue très fréquemment sur un terrain vicié par l'arthritisme qui joue par rapport à elle le rôle de cause prédisposante.

Jusqu'à présent l'attention a été à peine attirée sur l'origine arthritique de la paralysie générale, et si l'on trouve dans les traités spéciaux des observations de paralysie évoluant chez des rhumatisants, on ne trouve nulle part cette idée exprimée : que le rhumatisme est la cause de la maladie nerveuse. Cependant on avait vu le rôle important que joue dans son étiologie la tendance congestive, mais sans préciser que cette tendance aux congestions est une des manifestations les plus constantes de la diathèse arthritique. C'est ainsi que M. Baillarger admet deux espèces de paralysies générales héréditaires, les unes vésaniques, les autres congestives. M. Régis dit que le paralytique hérite de ses parents d'une aptitude aux congestions cérébrales, origine de troubles incessants de la circulation de l'encéphale qui amène une irritation des cellules nerveuses, puis leur mort par prolifération et sclérose interstitielle de la névroglie.

M. Luys parle dans le même sens. Pour lui, la paralysie générale qui éclate chez un individu n'est pas un fait imprévu arrivant *ex abrupto*, mais bien le résultat d'une série d'influences multiples. Dès la naissance, le mal est en germe chez le sujet destiné à devenir paralytique ; il possède une tendance aux poussées congestives de l'encéphale et selon qu'il sera exposé, ou non, aux fatigues, aux intoxications, etc., il subira son destin ou y échappera.

Or, nous sommes pleinement autorisé à ranger cette tendance aux congestions, cette diathèse congestive, comme on l'appelle, parmi les manifestations de l'arthritisme. « Le processus congestif constitue, dit Sénac, l'élément caractéristique le plus important dans la séméiologie de l'arthritisme. Cette diathèse amène une modification des conditions normales de la circulation, qui se traduit par des mouvements fluxionnaires, par des poussées congestives plus ou moins marquées et plus ou moins durables. » Le témoignage de M. Sénac, qui, mieux que personne, a étudié l'arthritisme, suffirait à entraîner la conviction, si, depuis qu'il a

écrit ces lignes, la démonstration des faits qu'il avance n'avait été faite de tous côtés. C'est en provoquant à chaque instant des poussées congestives vers le cerveau, et en amenant à leur suite des lésions des parois des vaisseaux puis des tissus voisins, que l'arthritisme produit la paralysie générale, directement dans quelques cas, indirectement dans d'autres, en créant un terrain favorable à l'évolution d'un autre processus.

Ce ne sont pas là simplement des vues de l'esprit, des hypothèses fondées sur l'étude du processus congestif, mais ce sont des faits qu'il est permis de vérifier bien facilement en recherchant les antécédents des paralytiques et en faisant complètement leur examen physique. Certes tous les paralytiques ne sont pas rhumatisants, mais un bon nombre d'entre eux présentent sur leur corps des stigmates de l'arthritisme ou bien ont dans leurs antécédents personnels ou héréditaires des manifestations qui relèvent de cette diathèse.

A l'asile de Bailleul, M. Huyghe, interne de mon service, a réuni en moins d'un an, sur environ trente malades atteintes de paralysie générale, dix cas où le rhumatisme est évident et où on ne trouve que lui comme étiologie de la maladie. Ce sont des malades qui sont le plus souvent issus de parents rhumatisants et qui, dès leur jeune âge, présentent des manifestations arthritiques diverses. Le rhumatisme articulaire subaigu ou à marche chronique est parfois observé, mais il ne se trahit le plus souvent que par des douleurs localisées à une ou deux des grandes articulations et se montrant de loin en loin, de préférence pendant les chaleurs. La migraine et les poussées congestives à la tête ne manquent presque jamais chez ces malades : elles s'installent chez eux de bonne heure et reviennent avec fréquence, surtout après les repas. L'eczéma, l'herpès génital et labial, le lichen, l'icthyose, sont, dans un autre ordre de faits qui relève de la même cause, assez souvent observés avant la paralysie générale. Il semble que ces manifestations cutanées aient une tendance à s'effacer quand les phénomènes cérébraux apparaissent. L'emphysème, les bronchites à répétition du type arthritique sont également des faits qui révèlent chez nos malades la diathèse dont ils sont atteints.

Dans un des cas que j'ai observés, le malade, entaché d'hérédité rhumatismale, avait eu lui-même pendant sa jeunesse, du rhumatisme subaigu à plusieurs reprises, de l'eczéma et des migraines. Quand vers trente ans il commença à présenter des symptômes

de paralysie générale, toutes ces manifestations arthritiques disparurent, mais pour revenir toutes les fois que son état mental s'améliorait. Pendant une rémission, qui dura deux mois environ, les douleurs articulaires et l'eczéma se montrèrent de nouveau pour diminuer et cesser tout-à-fait quand la paralysie générale reprit son cours. Il y eut donc là une alternance singulière, une sorte de métastase qui semble venir à l'appui de l'idée que j'avance : que la paralysie générale est, dans certains cas, une manifestation de l'arthritisme, au même titre que la migraine ou la chorée.

Il me serait facile de multiplier les exemples de ce genre, où l'arthritisme et la paralysie générale sont manifestement reliés ensemble par des rapports de causalité. Toujours c'est par des poussées congestives que l'encéphalite paraît commencer. Quand il est donné de suivre les malades pendant la période où les accidents cérébraux commencent, on voit ces congestions fugitives, qui ne se traduisent guère que par la teinte rouge de la face et un peu de torpeur intellectuelle, devenir de plus en plus fréquentes et même revenir journellement après les repas ou par la moindre cause occasionnelle, morale ou physique. Dans une thèse récente L. Vrain a avancé avec raison, que les paralysies générales à début précoce sont des paralysies générales congestives et qu'elles surviennent ainsi avant leur époque habituelle, parce qu'une cause prédisposante à créé chez les sujets une prédisposition hâtive, et placé prématurément leur cerveau dans les conditions anatomiques où il se trouve à la maturité de la vie. Ceci est exact et j'ai pu remarquer que la paralysie générale se développait de bonne heure, quand elle reconnaissait l'arthritisme pour cause efficiente. Des individus de vingt-deux à trente ans sont, sous l'influence de cette diathèse, facilement atteints par la périencéphalite, quand ils sont mis par les hasards de la vie dans des conditions d'existence qui exaltent leur prédisposition native.

Après avoir eu une marche assez lente au début, la paralysie générale, d'origine arthritique, prend à la période d'état des allures très rapides. On voit parfois des malades passer en quelques mois, d'une santé relativement bonne à une déchéance intellectuelle et physique complète. Chez eux, les accidents apoplectiformes sont fréquents et se répètent en séries : l'incoordination des mouvements est très marquée et l'impotence arrive vite ; de bonne heure ils doivent tenir le lit et alors, sans nouveaux épisodes que de fortes poussées congestives, leur ataxie et leur

paralysie augmentent, des contractures surviennent, et la mort arrive rapidement. D'autres fois, ces paralysies générales rhumatismales sont sujettes à des rémissions, de courte durée il est vrai, mais qui peuvent se montrer à plusieurs reprises. Malgré ces quelques particularités, l'étude des phénomènes cliniques ne peut pas faire diagnostiquer une paralysie générale d'origine rhumatismale, car ses allures sont en somme celles des autres formes de la maladie ; cependant, tout au début, quand chez un arthritique, on voit le caractère présenter des modifications et surtout devenir sombre, en même temps que se montrent les rougeurs du visage et les migraines obligées, on doit penser à la paralysie générale, et nul doute qu'à ce moment un traitement dirigé contre l'élément diathésique ne réussisse à entraver la marche du processus.

Dans beaucoup de cas, l'arthristime n'est que la cause prédisposante; pour que la paralysie générale se développe, il faut qu'une autre cause vienne se surajouter et donner un coup de fouet aux tendances congestives du sujet. C'est souvent ainsi qu'agissent la syphilis et l'alcool, et nous avons à cet égard des observations probantes. Les auteurs en ont du reste publié beaucoup de ce genre, très significatives, mais sur lesquelles ils n'ont peut-être pas assez insisté : Régis, en particulier, en a cité de très belles. Du reste, tous les syphiligraphes sont d'accord pour dénoncer la gravité des accidents syphilitiques chez les rhumatisants et la fréquence des localisations nerveuses. L'école Lyonnaise enseigne que la syphilis cérébrale se voit souvent et de préférence chez eux et revêt des formes graves. Ceci vient à l'appui de nos idées : la syphilis est bien le facteur de la paralysie générale, mais elle ne le devient qu'à la condition d'évoluer sur un arthritique. En d'autres termes, un rhumatisant qui devient syphilitique est beaucoup plus exposé qu'un rhumatisant non syphilitique à devenir paralytique général : on peut dire que ses mauvaises chances ont doublé.

Il en est de même de l'alcoolisme, du saturnisme et des autres causes de la paralysie générale : elles peuvent agir seules, mais elles agissent d'autant mieux qu'elles exercent leur action sur un arthritique. Peut-être même dira-t-on un jour, quand la question sera mieux étudiée, qu'elles n'agissent que chez des arthritiques. Rien de surprenant à cela, quand on réfléchit que les poisons tels que l'alcool et le plomb, pour ne prendre que ceux-là, déterminent des poussées congestives vers les viscères et l'encéphale, et pro-

voquent des lésions vasculaires, qui deviennent le point de départ de la prolifération conjonctive. Or, l'arthritisme agit de la même façon, et détermine de l'athérome ou tout au moins de l'artério-sclérose; quand ces deux facteurs, arthritisme et alcoolisme, viennent unir leurs efforts, le processus morbide qui tend à la sclérose reçoit une impulsion nouvelle, et la périencéphalite peut être le résultat de leur travail.

Des considérations anatomiques viennent aussi à l'appui des faits cliniques, pour montrer le rôle de l'arthritisme, ce sont celles que l'on tire de l'examen des vaisseaux, du cœur et des reins des paralytiques généraux. Presque toujours, ces organes présentent les lésions de l'artério-sclérose, à un degré plus ou moins marqué, il est vrai, mais toujours très apparent. Voisin a démontré les les rapports qui existent entre l'artérite chronique et la paralysie générale, et tout dernièrement, le travail de Bordes-Pagès a établi que l'aortite et l'artérite chroniques se sont montrées comme une lésion constante dans 52 cas de périencéphalite. Mais il est bon de pénétrer plus avant encore dans la question et de rechercher les causes mêmes de cette artério-sclérose. Pour moi, elle est souvent d'origine arthritique.

C'est le rhumatisme chronique, dit M. Huchard, dans son récent ouvrage, qui donne lieu le plus ordinairement aux indurations artérielles; souvent on ne trouve dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades que des manifestations abarticulaires de la diathèse rhumatismale, telles que des migraines, des névralgies erratiques et très rebelles, des affections cutanées ou des attaques d'asthme. Guénau de Mussy est aussi affirmatif : si l'on cherche, dit-il, dans quelles proportions les manifestations rhumatismales ont coïncidé avec les lésions artérielles, on trouve que, dans 140 cas, on les a constatées 68 fois, c'est-à-dire chez près de la moitié des malades.

Si la paralysie générale est, comme bien d'autres maladies du système nerveux, étroitement liée au développement de l'artério-sclérose, et si cette dernière est, dans la moitié des cas, d'origine rhumatismale, il me semble que la question est tranchée, et qu'il y a lieu d'admettre l'arthritisme parmi les facteurs les plus puissants de cette maladie. Le mécanisme en vertu duquel la périencéphalite survient au cours de l'artério-sclérose arthritique, est facile à comprendre ; il est du reste le même que dans les autres organes et pour d'autres localisations: il se produit successive-

ment des poussées congestives répétées, une inflammation lente des artérioles, une propagation aux tissus voisins des lésions dont le système vasculaire est le siège et une mortification des éléments nobles lésés dans leur nutrition et écrasés par la sclérose. Huchard a magistralement décrit ce processus et je serais mal venu de le décrire après lui.

J'ai la conviction profonde que l'arthritisme joue le principal rôle dans la production de la paralysie générale, et cette conviction repose sur l'étude minutieuse des faits d'observation. Cette origine sera vraisemblablement mise en relief d'une façon plus frappante à mesure que l'on cherchera davantage les causes de la paralysie générale, et il est probable que cette maladie rentrera dans le nombre de ces maladies du système nerveux que Charcot met sur le compte de la diathèse arthritique.

« On peut, dit-il, considérer l'arthritisme comme formant un arbre, dont les principaux rameaux sont : la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraines, des affections cutanées, etc. De l'autre côté, un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par les racines et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre ». *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Charpentier. — Je suis heureux que les recherches de M. Lemoine confirment la communication que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique, communication dont M. Lemoine n'a pas eu connaissance ; j'ai le regret de le constater.

Dans l'étude de l'arthritisme dans ses rapports avec la paralysie générale, il convient de ne pas aller trop vite et, de la présence de migraines répétées, ou de quelques phénomènes hémorrhagiques, ou de quelques poussées congestives, de ne pas conclure immédiatement à la diathèse arthritique.

Je ne peux admettre, comme M. Lemoine m'a paru le dire, que la paralysie générale précoce soit une forme fréquente de la paralysie générale arthritique, car je n'ai jamais trouvé de circonstance étiologique spéciale à cette précocité du début de la paralysie générale.

Je suis d'accord avec M. Lemoine sur les allures rapides de la paralysie générale liée à l'arthritisme, mais j'insiste tout particulièrement sur la fréquence relative de trois symptômes dans cette forme de paralysie générale : 1° les othématomes; 2° les fluxions articulaires indolentes, siégeant de préférence aux genoux ou aux coudes, n'affectant qu'une seule articulation, à début subit, et semblable à ces troubles articulaires, dits trophiques, si bien décrits par M. le professeur Ball en 1868; 3° des œdèmes de la région cervicale antérieure périmaxillaires, mous, volumineux au point que le malade paraît avoir un triple menton, indolents, ne gênant que par leur poids ou leur volume, à début subit, à disparition rapide, cinq à six jours de durée, à récidives assez fréquentes, blancs ou avec léger érythème; ces œdèmes rappellent assez les oreillons.

Au point de vue de la relation du rhumatisme et de la syphilis dans la paralysie générale, je ne peux partager l'opinion de M. Lemoine, car j'ai trop rarement observé la paralysie générale; mais j'ai noté la fréquence très grande d'une lésion du gland, que M. Lemoine a citée comme signe d'arthritisme : je veux parler de l'herpès génital, préputial ou glandaire. Un de mes chefs de service, Cazalis, m'avait souvent entretenu de la coïncidence entre l'herpès génital récidivant et le développement, longtemps après, de la paralysie générale. Il est certain, tous les praticiens peuvent le constater, que les malades porteurs d'herpès du gland ont un état mental particulier; leur méticulosité, leur verbiage, leur anxiété, les efforts qu'ils font auprès des médecins pour qu'ils leur affirment que c'est un chancre et non une lésion banale en sont une preuve. De plus, beaucoup de paralytiques généraux m'ont affirmé qu'ils avaient eu souvent de l'herpès au gland. Si d'un autre côté on songe que cette lésion peut être méconnue ou confondue avec des lésions vénériennes et traitée comme telle, on doit conclure quelle circonspection il faut apporter lorsqu'un paralytique général raconte qu'il a eu des chancres ou qu'il a été traité pour de telles lésions.

Quand à la coïncidence de l'arthritisme et de l'alcoolisme, les chiffres que j'ai rapportés dans la communication à laquelle j'ai fait allusion confirment entièrement l'opinion de M. Lemoine, sur ce côté de la question.

M. Legrain. — On a tout invoqué comme cause de la paralysie générale et l'observation clinique démontre, en effet, dans les antécédents personnels des paralytiques généraux, à côté de

toutes les causes vulgaires de la folie, des éléments étiologiques plus puissants, dont la prépondérance varie suivant les auteurs, et suivant leur statistique personnelle. Pour M. Lemoine, c'est l'arthritisme; pour d'autres, et ils sont nombreux, c'est la syphilis; pour d'autres, c'est l'alcoolisme; pour d'autres encore, c'est le surmenage intellectuel.

Mais il est un autre élément étiologique dont il est impossible de ne pas tenir compte, à mon sens, et qui peut donner raison à tous les partisans des causes que je viens d'énumérer, à la condition de n'attribuer à ces dernières qu'un rôle secondaire, c'est la prédisposition héréditaire. Si l'on recherche, en effet, de qui procèdent les paralytiques généraux, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils appartiennent pour un bon nombre à la grande famille névropathique. (Je rappelle en passant, pour me rapprocher de M. Lemoine, les affinités étroites qui relient l'arthritisme à la famille névropathique.)

Dans mes observations personnelles, comme dans celles de beaucoup d'autres médecins, j'ai noté souvent à l'article antécédents héréditaires, en ce qui concerne les paralytiques généraux, des psychoses de toute sorte, des névroses, des affections médullaires, des affections cérébrales circonscrites (ramollissement, hémorrhagie) et la paralysie générale elle-même.

Il serait banal de rappeler que, parmi les innombrables arthritiques que l'on rencontre chaque jour, une proportion infime deviennent paralytiques généraux, et pourtant cette banalité a sa valeur en ce sens qu'elle démontre que, si chez tout arthritique il y a ce qu'il faut pour que la sclérose cérébrale interstitielle se développe, il faut quelque chose de plus pour que cette sclérose se localise électivement dans le cerveau. En somme, comme pour toutes les maladies mentales, la question de terrain prime tout. De même qu'un alcoolique ne devient un alcoolique cérébral que si la résistance de son cerveau est diminuée par une cause quelconque, c'est-à-dire si le cerveau est un lieu de moindre résistance, de même l'arthritisme ne deviendra cause de paralysie générale, que si le cerveau n'est plus apte à résister à l'envahissement de la sclérose diffuse.

En résumé, je crois que la paralysie générale ne peut éclore que sur un terrain préparé à la recevoir. En se plaçant à ce point de vue, on peut admettre dans l'étiologie de la maladie, toutes les causes entraînant la débilitation du cerveau, diminuant, en d'autres termes, sa force de résistance. C'est le rôle que jouera

tantôt l'arthritisme de M. Lemoine, tantôt l'alcoolisme. C'est aussi le rôle que doit jouer, dans un très grand nombre de cas, l'hérédité névropathique relevée à l'actif d'une notable proportion de paralytiques généraux.

M. Laurent. — Pour mon compte, je vois beaucoup de rhumatisants dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et mes observations me portent à penser que M. Lemoine exagère l'importance de l'arthritisme dans le développement de la paralysie générale.

M. Doutrebente. — Je suis heureux de voir M. Lemoine admettre comme cause prédisposante principale de la paralysie générale, l'arthritisme. Déjà M. Baillarger et, après lui, Lunier avaient signalé cette influence; j'ai aussi dans ma thèse (1870) soutenu cette opinion et séparé nettement dans l'étiologie des maladies mentales, primitives ou secondaires : 1° l'hérédité de la folie, hérédité vésanique; 2° l'hérédité de la paralysie générale, dite, alors, *hérédité des tendances congestives*. J'ajoutais aussi, qu'une autre manifestation de l'arthritisme, l'*état hémorrhoïdal*, m'avait paru jouer, par sa suppression, un rôle important comme cause déterminante de la paralysie générale.

M. Lemoine. — Je répondrai à M. Legrain que je n'ai pas fait, à proprement parler, de statistique. J'ai observé une trentaine de cas de paralysie générale, pris au hasard, et sur ces 30 cas, 11 fois l'arthritisme était évident. Au reste, je suis convaincu que si l'arthritisme est le terrain le plus favorable de tous au développement de la paralysie générale, elle ne se montre néanmoins sur lui qu'après l'action d'une cause seconde, alcoolisme, syphilis, intoxication ou autre. En deux mots, l'arthritisme seul peut, dans des cas très rares, suffire à faire éclore la paralysie générale, mais son action est beaucoup plus puissante quand une infection ou une intoxication viennent se surajouter à lui. Ces deux facteurs réunis, arthritisme comme terrain, maladie générale incidente comme excitant, sont les plus sûrs auteurs de la paralysie générale. L'hérédité nerveuse et l'hérédité arthritique sont proches parentes, la paralysie générale tient de l'une et de l'autre, mais de la dernière surtout; car je crois, pour tout dire, que le nervosisme ne se développe guère que sur des arthritiques.

M. le Président. — La parole est à M. Laurent, pour la lecture de sa communication.

DE L'ORIGINE DE CERTAINES TENDANCES ÉROTIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

M. LAURENT, *médecin-chef à l'Hôtel-Dieu de Rouen, ex-médecin en chef des asiles publics d'aliénés* — En prenant pour titre de ma communication « De l'origine de certaines tendances érotiques dans la paralysie générale », j'ai eu principalement pour but d'appeler votre attention sur la transformation soudaine qui peut avoir lieu dans la vie morale habituelle, sous l'influence de lésions somatiques plus ou moins considérables survenant subitement.

L'histoire du malade dont je désire vous entretenir me paraît constituer un exemple d'une certaine valeur au point de vue médico-légal et offrir un fait important à la pathogénie de la perversion des instincts dans la paralysie générale.

Le 8 septembre 1886, entrait dans mon service, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle Saint-Alexis-le-Vieux, le nommé R..., âgé de quarante-deux ans. Il avait été atteint à son domicile d'une attaque de congestion cérébrale dans la journée et avait été transporté immédiatement à l'hôpital.

Le 9 septembre au matin, je constatais : facies sans expression avec coloration rouge diffuse, inégalité des pupilles, regard apathique, légère inclinaison de la bouche à gauche, décubitus indiquant un certain affaissement, paralysie des membres du côté gauche, impossibilité d'obtenir des renseignements, le malade ne pouvant répondre aux questions ; la parole est embarrassée ; la langue tirée au dehors présente des mouvements fibrillaires, de légers tremblements.

J'apprends par l'entourage que ce malade était déjà venu à l'hôpital la même année, du 2 juillet au 23 août, pour une autre attaque de congestion cérébrale et l'amélioration progressive avait permis de le faire sortir quoique hémiplégique. Mon collègue, M. le Dr Paul Levasseur, avec qui je me suis entretenu de ce malade, le considérait comme un paralysé général. C'était donc une nouvelle attaque de congestion cérébrale.

Ce ne fut que plus tard que je fus informé par la femme de R... que cet individu avait été condamné par défaut, le 13 juillet de la même année, par le tribunal correctionnel, pour outrage à la pudeur. Toutefois appel avait été interjeté contre cette condamnation.

Au commencement du mois de novembre, je fus invité par l'avocat du susnommé à fournir un rapport médical.

Voici, d'après les renseignements que j'ai pu me procurer, l'histoire résumée de ce malade.

Cet historique est absolument nécessaire pour vous permettre d'apprécier le point que je tiens à faire ressortir.

Le nommé R... est né en septembre 1844. Son père était à la fois épicier et messager (messageries de A... à A...)

R... a reçu une instruction élémentaire, — il sait lire et écrire. — De bonne heure il a aidé son père dans sa profession. — Il est parti pour le service militaire par suite du tirage au sort et est resté sept ans sous les drapeaux. — A l'époque de la guerre de Prusse (1870-1871), il a été fait prisonnier et a séjourné à ce titre pendant huit mois et demi dans la Silésie. Durant sa captivité, il est tombé malade.

Les mauvaises conditions dans lesquelles il vivait déterminèrent une anasarque (enflure générale du corps), et cet homme dut rester à l'hôpital pendant trois mois. A l'expiration de son temps de service, il s'est marié en 1872 et a succédé à son père.

La concurrence faite par les chemins de fer força R... à cesser l'exploitation des messageries et c'est alors qu'il vint à E..., en 1879, tenir un café-restaurant avec maison meublée.

Si nous recherchons la situation psychologique pendant cette période, de la naissance à 1879, nous constatons que R... était doué d'une intelligence moyenne, d'un caractère doux et peu expansif; assidu au travail quoique lent à la besogne, sa manière de vivre n'a jamais donné lieu à aucune remarque. On sait d'une manière générale quelles sont les habitudes de gens qui exercent la profession de messager ou de conducteur de voiture. Sa femme affirme et d'autres personnes aussi que R... n'était pas adonné à la boisson et n'a jamais été vu ivre. Pourtant, malgré cet état ordinaire de douceur, on a constaté parfois des accès de colère terrible.

La femme R... assure que son mari était affectueux, qu'il aimait beaucoup son intérieur. R... a soigné sa femme avec un dévouement exemplaire. Il rendait compte de tous ses actes à sa femme et lui remettait tout l'argent qu'il gagnait. Par conséquent, celle-ci était parfaitement à même de savoir s'il conservait une part de son gain pour le dépenser au cabaret ou avec des femmes. *Aucunes tendances au dévergondage ou à la lubricité n'ont été constatées ni par sa femme ni par ceux qui l'ont connu.* Il est très essentiel d'établir cette situation mentale, au point de vue surtout des impulsions de cette dernière catégorie.

En achetant le fonds d'une maison meublée avec café-restaurant, R..., qui savait que cet établissement était fréquenté par des filles de mauvaise conduite, avait eu l'intention de le modifier en recherchant une tout autre clientèle; et, dès son installation, il mit à la porte les habitants et consommateurs qui ne lui convenaient pas.

Cette détermination prouve jusqu'à un certain point, combien R... était éloigné des idées de libertinage.

Malheureusement cette tentative de transformation eut de fâcheux résultats sous le rapport pécuniaire. Quelques mois après, R...., voyant qu'il ne gagnait pas d'argent, fut pris d'un chagrin tel que sa santé physique et mentale en fut profondément altérée.

R... restait couché des journées entières sans manger, quelquefois deux jours de suite, se lamentait de ce qu'il ne faisait pas ses affaires, pleurait et gémissait.

C'est à dater de cette époque que R... est devenu tout particulièrement taciturne.

Sa mère a quitté à plusieurs reprises la ville qu'elle habitait, pour essayer d'agir sur cet état mental et l'a aidé du peu de revenus qu'elle possédait.

Malgré tous les moyens employés et la persévérance la plus méritoire, après plus de deux ans d'efforts et à bout de ressources financières pour soutenir ce café-restaurant, R... fit une vente volontaire vers la fin de 1881, afin d'éviter la faillite.

En quittant E.., R... est venu habiter R... et obtint un emploi de facteur chez l'entrepreneur du factage du chemin de fer et y resta quinze mois à partir d'octobre 1881. A la suite d'un fait qui l'amena devant le tribunal correctionnel, qui le condamna, il fut obligé de quitter cet emploi. En déchargeant des paniers de harengs-saurs, R... s'était approprié *cinq* de ceux qui étaient tombés à terre, en dehors des paniers, dans la manipulation opérée pour le transport, et le motif de ce détournement était qu'il voulait manger du hareng et que sa femme ne voulait pas lui en servir à table.

Quand on songe à la valeur d'un hareng saur et par conséquent à celle de cinq harengs seulement, quand on sait que des détournements de ce genre, d'objets tombés et sans grande valeur, sont fréquents chez les gens de cette profession (facteurs-porteurs) et quand on examine le motif qui l'a poussé a accomplir cet acte blâmable, on ne peut s'empêcher de considérer ce vol, quelles que soient les circonstances atténuantes, comme le résultat d'un affaiblissement de la conscience morale, affaiblissement facile à expliquer par les modifications somatiques effectuées. En effet, pendant cet intervalle de quinze mois, R... avait eu deux attaques de congestion cérébrale sans manifestation paralytique. La seconde attaque était survenue quatre mois après la première.

M. G..., l'entrepreneur du camionnage, m'a affirmé que R... était un bon employé, faisant sa besogne *avec régularité et ponctualité*. On n'a pas constaté d'habitudes alcooliques ni de tendances libidineuses. Mais R... était peu communicatif. Il restait silencieux, comme absorbé par on ne sait quelle contention d'esprit. Il n'est pas douteux que la cause de cette concentration apparente était due à un travail intime d'altération qui s'opérait dans le cerveau.

En quittant le factage, R... a obtenu dans une ville de bains de mer la gérance d'un hôtel; mais avant la fin de la saison balnéaire, c'était en 1883, la mort du fils de la propriétaire obligea à fermer cet établissement. R... dut revenir à R... sans emploi.

Quant à l'état mental, on remarquait toujours le même défaut d'expansivité. La personne qui avait confié à R... la gérance de l'hôtel lui reprochait surtout sa taciturnité.

R... dut se résigner à un emploi de commissionnaire-porteur au marché à la criée, emploi pénible. Il fallait, dans certains cas, porter des fardeaux très lourds. Il s'en trouvait incommodé. C'est dans ces fonctions, vers la fin de septembre 1883, que R... a été atteint d'une hémorrhagie cérébrale qui a déterminé la perte du mouvement volontaire dans les membres du côté gauche du corps. R... avait à ce moment trente-neuf ans.

L'hémorragie cérébrale ou l'ictus morbide qui a déterminé cette hémor-

ragie, a été la cause d'altérations spéciales qui ont donné lieu, dans l'élément psychique, à des manifestations tout-à-fait en contradiction avec celles observées jusqu'alors chez R...

Comme je l'ai fait remarquer, R... avait été un homme tranquille, sans habitudes vicieuses manifestes, sans tendances génésiques prononcées. Jamais personne ne s'était aperçu qu'il eût de la propension à la lubricité ou à des actes obscènes ou impudiques. A la suite de son hémiplégie et pendant son séjour au lit, il s'est plaint à plusieurs reprises à M. le Dr Petitclerc, le médecin qui le soignait, que, depuis cette dernière atteinte, il éprouvait des désirs sexuels qui le fatiguaient beaucoup ; non seulement des érections constantes le mettaient dans un état de malaise très grand, mais en même temps il avait de nombreuses idées libidineuses qui le poursuivaient nuit et jour. La vue d'une femme ou d'une fille lui suscitait des impulsions érotiques. Il était porté à des actes impudiques qu'il voulait mettre à exécution et que son impuissance locomotrice seule arrêtait. Il ne savait comment faire pour se débarrasser de ces obsessions obscènes et mettre fin à la gêne résultant de l'état congestif du membre viril.

La femme R... avait constaté à regret ce changement dans l'état de son mari. Celui-ci la tourmentait constamment de ses désirs.

Cette transformation a beaucoup surpris M. le Dr Petitclerc.

R... a gardé le lit pendant quatre mois. La paralysie a perdu de son intensité et on est parvenu à faire marcher le malade en le soutenant d'abord ; il a pu aller à l'aide d'une canne, mais il restait une certaine irrégularité dans les mouvements.

Les idées lubriques n'ont pas cessé de se produire avec la même puissance. La présence d'une femme dans la chambre où il commençait à se lever le portait à des actes impudiques.

Sa femme avait observé que l'excitation génésique présentait des recrudescences d'une façon périodique. Ainsi il survenait comme des espèces d'accès qui duraient une quinzaine de jours et pendant lesquels il se livrait plus ouvertement à des manifestations obscènes soit en gestes soit en paroles, puis survenait un calme de trois ou quatre semaines, pour reparaître à nouveau.

Ces tendances lubriques dominaient R... d'une façon telle que tous ses efforts ne pouvaient les maîtriser. Il disait à cette époque qu'il sentait une impulsion qui était plus forte que lui. — Les recommandations, les supplications de la femme R... et tous les expédients qu'elle a cru devoir employer pour tâcher de modifier ces incitations vicieuses, n'ont abouti qu'à une chose, qu'à ce que R... essayait de se cacher de sa femme pour perpétrer les actes qu'elle lui reprochait. Mais R... ne possédait plus assez de puissance mentale pour parvenir à dissimuler entièrement ses méfaits.

Certaines femmes et filles ont tiré parti de la débilité intellectuelle et des tendances libidineuses de R... Elles venaient en l'absence de la femme R... au domicile conjugal, et profitaient de la faiblesse d'esprit du malheureux paralysé pour s'emparer d'objets de toutes sortes (bagues, linge, argent, etc.).

Quand R... a pu sortir, c'est alors en plein jour et dans des lieux publics qu'il a cherché à satisfaire ses mauvaises impulsions.

R... venait voir sa femme qui vendait des journaux dans un kiosque. Pendant que celle-ci s'absentait pour faire ses commissions, il dérobait de l'argent dans la petite boîte qui servait de caisse. C'était pour rémunérer les femmes qui répondaient à ses désirs.

R... s'en prenait à tous les âges et à tous les sexes, aux petites filles, aux filles plus âgées et même à des vieillards, et il commettait ces impudicités, peu importe où il se trouvait.

Il ne me paraît pas nécessaire d'entrer dans certains détails.

Il répétait souvent à sa femme *qu'il voulait divorcer, parce qu'il trouvait qu'elle ne le satisfaisait pas assez.*

En même temps que les idées lubriques, sont survenues, à la suite de l'attaque hémorragique, des idées mélancoliques ; R... pleurait et se lamentait. Il y a même eu des idées de suicide. Il disait à sa femme que, quand elle était absente, il fixait constamment ses regards sur un anneau qui était au plafond de la chambre, et bien souvent il avait été tenté de se pendre. Les idées de suicide se sont même accentuées à tel point que la pauvre femme qui, à cette époque, faisait des ménages pour vivre, a dû interrompre, pendant un certain temps, son travail pour rester à surveiller son mari.

Ces manifestations mélancoliques se sont amoindries très notablement et même ont fini par disparaître et ont été remplacées par des idées d'un ordre tout différent. Il ne songeait plus qu'à posséder des sommes considérables. Il parlait constamment de richesses qu'aurait acquises un sien cousin qui s'était expatrié. R... n'avait pas conscience des changements physiques amenés par la maladie ; il ne se rendait pas compte de l'infirmité qui l'empêchait de marcher et de travailler. Il voulait se rendre à l'étranger, bien loin, pour faire fortune.

Il convient de noter qu'autant R..., avant l'attaque hémorragique, était préoccupé des moyens d'assurer son existence et celle de sa famille, autant, à partir de cet accident morbide, il est devenu peu soucieux des ressources pécuniaires que possédait sa femme pour vivre.

Des congestions cérébrales temporaires se reproduisaient assez fréquentes, à des intervalles de trois ou quatre mois. Elles étaient annoncées par de la constipation et de la difficulté d'uriner. R... avait alors plus de peine à parler, balbutiait d'une façon plus apparente et tombait sans connaissance. La femme de ce malheureux nous a affirmé qu'il avait des séries de deux à trois syncopes dans l'espace de deux jours, et c'est ainsi que se manifestaient ces attaques.

Les congestions du début, en 1882 et en 1883, étaient accompagnées de maux de tête presque continuels. Plus tard elles ont eu lieu sans que R... parût avoir conscience de ces symptômes prémonitoires, car il ne les signalait plus.

Enfin, avant cette fatale hémiplégie, R... était maigre, alerte et sobre. Depuis il a acquis de l'embonpoint progressivement et, on pourrait dire, au fur et à mesure qu'il a paru plus dépendant de toutes les exigences de la la vie végétative.

La femme R... avait constaté qu'il semblait ne songer qu'à manger, à dormir et à satisfaire à la lubricité, mais en même temps qu'il était devenu comme un véritable enfant qu'il fallait diriger d'une manière incessante. Elle avait pourtant conservé une certaine influence sur lui. De son côté R... avait de la déférence pour sa femme et paraissait se soumettre aux recommandations qu'elle lui faisait, mais elle était obligée de les renouveler à tout bout de champ.

Malgré les manifestations morbides physiques et mentales que je viens de résumer, à la suite de démarches nombreuses, la femme R... dont la misère et l'honorabilité avaient intéressé bien des personnes, parvint à obtenir pour son mari le poste de sous-gardien dans un jardin public, au mois d'octobre 1885.

Or cet homme avait déjà commis, dans ce même jardin, des attentats à la pudeur. Le gardien-chef avait fait silence sur ces méfaits, et d'un autre côté la femme R..., en sollicitant pour son mari, avait dissimulé à l'administration les désordres moraux que j'ai énumérés. Elle avait compté sur l'influence qu'elle possédait pour arrêter de nouveaux actes et s'était imaginé qu'un emploi qui pouvait s'exercer en plein air et sans fatigue, modifierait dans un sens favorable la situation pathologique.

De nouveaux attentats à la pudeur ne pouvaient manquer de se produire et ont été constatés, notamment en avril et en juin 1886. Il s'agissait en premier lieu d'un vieillard et en second lieu de deux petites filles, l'une de dix ans et l'autre de sept ans et demi.

Il me paraît essentiel de faire connaître que le gardien-chef, qui était loin d'avoir une moralité exemplaire, fermait les yeux sur les méfaits du sieur R..., son subordonné.

C'est pour ces actes que le tribunal correctionnel avait prononcé une condamnation par défaut en juillet. — A ce moment, R... était soigné à l'hôpital pour une rechute de congestion cérébrale.

Je n'entrerai pas dans de grands développements sur ce qui s'est passé pendant que R... était dans mon service.

La marche de la maladie et l'examen des différents symptômes m'ont confirmé dans l'appréciation à laquelle m'ont conduit les renseignements que j'ai analysés précédemment.

Au fur et à mesure que se sont résolues les lésions fonctionnelles graves de la congestion encéphalique, R... a été replacé, dans son état chronique intermédiaire aux recrudescences, et alors j'ai constaté un affaiblissement intellectuel considérable, apparaissant surtout par une diminution notable de la mémoire.

R... est sous la dépendance de ses instincts végétatifs ; il réclamait sans cesse à manger et les infirmiers avaient remarqué la manière dont il mangeait, salement et gloutonnement, entassant rapidement dans sa bouche tous les mets qu'on lui présentait. En un mot, R... mangeait comme un dément. En outre, il se plaignait de n'avoir pas assez à ses repas et tourmentait sa femme afin qu'elle lui apportât du pain et des aliments.

Après avoir bien mangé, il se livrait au sommeil ou ne causait pas et ne recherchait la causerie de personne dès qu'il put se lever.

La paralysie des deux membres du côté gauche du corps a perdu de son

intensité et R... a pu de nouveau, à l'aide de sa canne, essayer de marcher plus ou moins péniblement dans la salle et dans le jardin ; mais il y avait dans la démarche une irrégularité qui indiquait une certaine ataxie dans les mouvements.

L'embarras de la parole et les tremblements fibrillaires de la langue ont persisté.

Je dois vous faire savoir que, malgré mon rapport, la cour n'a pas même voulu accorder qu'il fût fait une expertise médico-légale sur l'état mental, et la condamnation du tribunal correctionnel fut maintenue.

La femme R... en perdit la tête. Désespérée de voir que son mari allait subir la peine de six mois de prison et ne considérant que le déshonneur qui allait désormais s'attacher au nom de son mari qu'elle portait, elle prit une détermination fatale.

Le 27 novembre elle retira, sans mon consentement et sans me prévenir, son mari de l'Hôtel-Dieu où il était encore, mais dans des conditions physiques différentes qu'au moment de l'entrée, et je reçus le lendemain matin une lettre qui m'annonçait qu'en présence du déshonneur qui devait résulter, non seulement pour son mari, mais pour elle et sa fille, elle s'était décidée à s'ôter la vie et qu'elle était allée se jeter dans la Seine à Croisset avec sa fille et le malheureux paralytique. Le projet devait s'effectuer le matin même et avant la réception de la lettre.

Le fait n'était que trop vrai. Quelques jours après, on pêcha dans la Seine, à Croisset même, le corps d'une jeune fille de quatorze ans qu'on reconnut pour être effectivement la fille de R..., et ce n'est que plusieurs semaines après, que l'on retrouva bien plus loin, au dessous de la Bouille, les deux cadavres liés ensemble de R... et de sa femme.

Je ne me suis pas proposé de montrer quelle part de responsabilité pouvaient avoir les juges dans un événement aussi tragique. Ce n'est malheureusement pas la première fois que l'on a à déplorer les conséquences erronées du parti pris de certains verdicts judiciaires, malgré les avis impartiaux et éclairés émanant d'interventions médicales compétentes.

J'ai tenu à appeler votre attention sur le développement subit d'instincts génésiques exagérés et contraires aux habitudes morales antérieures.

Il est bien regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite. La connaissance de la lésion qui a occasionné une modification si grande et si rapide dans les tendances sexuelles, à un âge qui répond à la virtualité organique (le sujet avait alors trente-neuf ans), nous aurait édifié sur les relations que cette lésion peut avoir avec certaines autres altérations corporelles, relations de voisinage, relations anatomiques de structure ou de réseaux vasculaires. Elle nous aurait ainsi mis à même de prévoir la possibilité de sa production dans le cas d'affections plus ou moins connexes.

Quoi qu'il en soit, l'observation que je viens de vous lire contient un fait considérable.

Je crois avoir suffisamment établi la situation mentale avant ce grand événement de l'hémiplégie (fin septembre 1883).

La transformation a été constatée par un nombre de personnes parfaitement en état de l'apprécier. D'abord par M. le Dr Petitclerc, à qui le malade s'est plaint directement à plusieurs reprises; en l'absence de sa femme, R... exprimait, comme il le pouvait, les sensations pénibles que l'éréthisme vénérien déterminait dans son individu. Il faisait savoir aussi que des idées et des impulsions lubriques accompagnaient les modifications physiques. J'ajouterai même que R... avait conscience de cette perturbation. Et ensuite par la femme du malade : cette femme affirmait elle-même au médecin traitant la modification survenue. Lors de mon enquête, elle m'a de nouveau assuré cette modification et a pu à cet égard me donner toutes les explications nécessaires.

Ce qui n'est pas moins intéressant à constater, c'est que, par suite de l'altération cérébrale consécutive aux congestions qui se reproduisaient de distance en distance, R... ne s'est plus révolté, comme au début, contre les impulsions qui l'assaillaient. Les paroles et les gestes obscènes ne le mécontentaient plus comme auparavant. Sa conscience morale s'est pour ainsi dire façonnée à ces impulsions. Sa conscience morale a donc progressivement subi une atteinte manifeste, en rapport avec les changements notés au point de vue physique.

Les actes lubriques et les attentats à la pudeur ont été signalés dans un certain nombre de maladies. Dans l'état sénile, quand l'organe cérébral a subi une usure plus ou moins étendue. Nous les trouvons encore dans la démence paralytique, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie.

Pour mon compte, je n'ai vu noter nulle part cette apparition subite dans la débilité sénile. Nous voyons ces symptômes se manifester peu à peu avec des preuves incontestables d'affaiblissement cérébral.

Dans la démence paralytique, c'est encore progressivement que ces symptômes font acte d'apparition.

Dans la paralysie générale, les tendances génésiques exagérées sont observées avec une excitation plus ou moins générale à la période prodromique ou de début. Plus tard, l'état d'affaissement de l'agrégat matériel ne donne plus à ces perturbations une puissance aussi active.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu de discuter le diagnostic que j'ai cru devoir adopter. Une paralysie générale, qui commence en 1882 par des congestions et des transformations que je vous ai décrites et qui, quatre ans après, n'a pas encore atteint entièrement sa période terminale, constitue, il est vrai, une forme qui n'est pas habituelle. La paralysie générale classique évolue généralement dans un laps de temps plus court. Pourtant les variétés de cette maladie permettent d'admettre que le cas dont j'ai donné l'historique des différentes manifestations, appartient plutôt à cette dernière qu'à toute autre des affections déjà nommées, à moins que nous ne devions la considérer comme une affection spécialement congestive ou épileptique. Je ne saurais me ranger à cette dernière manière de voir.

Il y aurait peut être lieu de considérer cet accident morbide dans ses résultats au point de vue médico-légal et au point de vue de la nature des délires érotiques que nous rencontrons dans la pratique. Mais je ne veux pas m'attarder davantage à la discussion de cette observation.

Je m'en tiens au fait en lui-même, à la perversion subite de tendances génésiques habituelles, à la possibilité d'une révolution morale presque immédiate avec un substratum organique. Ce fait est suffisamment important pour mériter une mention spéciale. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — La parole est à M. Ramadier pour la lecture de sa communication.

QUELQUES RÉSULTATS STATISTIQUES

POUR SERVIR A L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

M. le Dr J. Ramadier, *médecin adjoint de l'asile de Vaucluse.* — Depuis mon arrivée à l'asile de Vaucluse, j'ai noté avec soin tous les renseignements que j'ai pu obtenir sur les paralytiques généraux de mon service. Je suis ainsi arrivé à recueillir des données plus ou moins complètes sur 79 d'entre eux. En dépouillant tous ces documents, j'ai obtenu quelques résultats statistiques présentant, ce me semble, à différents points de vue, un certain intérêt. Je viens vous les soumettre.

Au point de vue de l'hérédité, j'ai noté l'hérédité alcoolique dans 22 cas. Dans 12 elle existait seule, dans 4 elle était alliée à l'héré-

dité congestive, dans 4 autres à l'hérédité vésanique, enfin, dans 2, il y avait à la fois hérédité alcoolique, congestive et vésanique.

L'hérédité congestive a été relevée 20 fois, 10 fois seule, 4 fois avec l'hérédité alcoolique, 4 fois avec l'hérédité vésanique 2 fois avec l'hérédité alcoolique et vésanique.

L'hérédité vésanique comprend 16 cas : dans 6 elle existe seule, dans 4 elle est réunie à l'hérédité alcoolique, dans 4 autres à l'hérédité congestive, dans 2 à l'hérédité alcoolique et congestive.

Parmi les antécédents personnels l'alcoolisme tient le premier rang : 46 de nos paralytiques généraux sur 79, soit 58 p. 100, avaient fait depuis longtemps des excès de boisson ; sur ces 46, 7 avaient eu la syphilis, 4 avaient éprouvé des traumatismes crâniens, 1 avait présenté de l'intoxication saturnine, 18 étaient entachés d'hérédité, principalement d'hérédité alcoolique.

· La syphilis vient ensuite. Je l'ai notée 26 fois d'une façon certaine, soit une proportion de 33 p. 100, dans 5 cas en outre son existence était probable. Chez ces 26 malades, 7 avaient fait des excès alcooliques, 5 avaient éprouvé des traumatismes, chez 9 d'entre eux on relevait de l'hérédité.

Les différentes époques auxquelles remontait la contagion syphilitique se répartissent ainsi :

De 25 à 20 ans	(avant le début	de la	paralysie générale)	...	2 cas
— 20 à 15	—	—	—	...	3 —
— 15 à 10	—	—	—	...	4 —
— 10 à 5	—	—	—	...	7 —

Pour les 10 autres cas, la date de la contagion n'était pas récente, mais n'a pu être déterminée.

Les traumatismes crâniens ont été notés chez 18 malades. Dans 14 cas ils étaient de date ancienne, dans 4 ils avaient précédé seulement de quelques mois le début de l'affection.

L'intoxication saturnine a été observée deux fois. Dans un de ces deux cas elle était alliée à des excès alcooliques.

Dans 7 cas on m'a signalé du surmenage physique ainsi que la privation de sommeil pendant un temps assez prolongé, tenant à la profession du malade (garçon de cercle, employé de chemin de fer faisant un service de nuit, etc.). Sur ces 7 cas, 4 fois il y avait en même temps des excès alcooliques.

Nous avons fait le relevé de l'âge de 109 paralytiques généraux au moment de leur entrée.

Voici les résultats de notre relevé :

De 28 à 30 ans	3
— 31 à 33 —	8
— 34 à 36 —	13
— 37 à 39 —	15
— 40 à 42 —	20
— 43 à 45 —	13
— 46 à 48 —	10
— 49 à 51 —	7
— 52 à 54 —	13
— 55 à 57 —	3
— 58 à 60 —	2
A 63 ans	1

En admettant que la paralysie générale ait débuté chez nos malades un an ou deux avant leur entrée à l'asile, on voit que c'est à l'âge de trente-huit à trente-neuf ans qu'elle a été la plus fréquente.

Sur les 3 paralytiques généraux de vingt-huit à trente ans, 2 avaient eu la syphilis. Sur les 8 de trente et un à trente-trois ans on comptait 4 syphilitiques.

Je ne veux pas me livrer à la discussion des quelques documents que je viens de présenter, leur commentaire m'entraînerait trop loin. Je me bornerai simplement à attirer l'attention sur les deux points qui me paraissent les plus importants : tout d'abord le rôle dominant de l'alcoolisme, tant au point de vue de l'hérédité que des antécédents personnels, ensuite la fréquence de la syphilis, surtout dans les cas de paralysie générale précoce. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — La parole est à M. Tissié pour la lecture de sa communication.

UN CAS D'OBSESSION INTELLECTUELLE ET ÉMOTIVE

GUÉRIE PAR LA SUGGESTION, RENFORCÉE PAR LE PARFUM DU CORYLOPSIS, L'ISOLEMENT ET LES DOUCHES

M. le Dr Ph. Tissié, *bibliothécaire universitaire à la Faculté de médecine de Bordeaux*. — Mlle X..., vingt-trois ans.

Hérédité. — *Grand-mère* maternelle atteinte d'une cataracte double, tempérament nerveux.

Grand-père maternel, bonne santé, perd peu à peu la vue, bien qu'il n'existe rien au fond de l'œil ; pas de nervosisme.

Pas de renseignements sur les grands parents du côté paternel.

Mère, très nerveuse, a eu quatre enfants pour chacun desquels elle a été obligée de garder le lit pendant tout le temps de la gestation. — La grossesse de la jeune malade fut particulièrement pénible et accompagnée d'excitations nerveuses assez violentes.

Père, bonne santé, rien à signaler.

Frères : deux frères dont un a eu une hémoptysie.

Oncle maternel mort d'une affection cardiaque ; pas de renseignements pour les parents du coté paternel.

La malade. — Commémoratifs. — Mlle X.... s'est bien portée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle fit à cette époque un voyage en Allemagne où elle passa plusieurs mois chez des parents fort riches et menant un train de maison princier. — Partie avec des goûts relativement simples, elle revint avec une soif de plaisirs et le goût d'une vie fiévreuse qu'elle ne devait pas trouver dans sa famille. De cette époque datent les crises qui surviennent de trois façons :

1° Tout à coup, en éclair, à la suite d'un ennui ou sans cause appréciable.

2° Lentement, peu à peu, comme « un marée qui monte », selon l'heureuse expression de la malade.

3° A la suite de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de ne *pouvoir vouloir* accomplir un acte. En effet, quand elle veut faire quelque chose, il arrive que la force de l'exécuter vient à lui faire défaut. Le regret de n'avoir pu lutter contre l'absence de volonté, est si grand qu'il provoque un accès d'ennui ou de désespoir, toujours suivi d'une crise.

Les crises n'arrivent jamais pendant la nuit, elles paraissent être plus fréquentes en hiver qu'en été. Il existe une relation intime entre le cœur et le cerveau : quand la malade est affolée elle ne souffre pas du cœur ; quand elle en souffre, le calme se rétablit dans sa tête.

Au cœur, elle ressent une impression de coups de poignards, ou d'un fil au bout duquel il serait suspendu et qui se romprait tout à coup.

Au cerveau, c'est un sentiment de vide, de chaos, avec passage instantané de mille idées qui s'entrechoquent et se heurtent entre elles. C'est de l'anarchie psychique ; un sentiment d'ennui qui l'obsède et la désespère. Ce sont des accès d'angoisse précordiale terrible, accompagnés de frayeurs instantanées et violentes, d'hallucinations de la vue dans lesquelles elle voit passer « la mort » ; des cauchemars, des idées de suicide provenant de la peur même du suicide, des expressions grossières, des insultes contre sa mère qui la veille dans les périodes de crise ; c'est de l'antipathie envers son père et ses frères qu'elle ne veut pas voir pendant plusieurs semaines, car les crises peuvent durer de un jour à trois semaines. Pendant ce temps elle ne mange pas ou presque pas, elle garde sa chambre, autour de laquelle elle marche pendant plusieurs heures sans s'arrêter. — Quelquefois aussi, elle veut s'enfuir toute seule de chez elle et courir à l'aventure, ne pouvant tenir en place ; la marche forcée lui fait du bien, calme son excitation cérébrale et ramène un peu d'ordre dans ses idées ; mais si elle vient à s'arrêter, aussitôt l'excitation cérébrale devient plus vive et la crise augmente d'intensité. Alors la malade se met à marcher

de nouveau jusqu'à ce que, épuisée, elle tombe sur son lit, haletante, et s'endorme dans un affaissement général.

D'autres fois ce sont des phénomènes dépressifs qui dominent la scène; elle garde le lit pendant tout le temps de l'accès. Si on lui dit de se lever pour qu'on puisse faire sa couche, elle va se mettre dans un autre lit et revient ensuite dans le sien, et cela pendant une quinzaine de jours.

Dans les deux états de surexcitation et de dépression elle cherche un soulagement dans les hypnotiques ou les anesthésiques, se piquant de morphine et buvant du champagne afin de s'étourdir et de s'endormir.

Sa mère parvient quelquefois à l'empêcher de prendre de la morphine en s'appliquant à la contrarier dans tout ce qu'elle dit: alors elle discute, s'emporte, et oublie.

Puis un jour la crise cesse tout-à-coup, quelquefois sans cause appréciable, ou à la suite d'une vive impression.

Je vois Mlle X..., pour la première fois, le 7 juillet 1888; je la trouve dans sa chambre, gesticulant, les cheveux en désordre, marchant à grands pas, demandant avec vivacité qu'on la débarrasse « *d'un je ne sais quoi* » *qui l'oppresse et l'étreint horriblement comme une peur violente.*

Depuis plusieurs nuits, elle ne peut dormir et ne fait que crier.

Je la prie de s'asseoir à côté de moi; elle ne peut m'obéir, il faut qu'elle marche; elle finit cependant par s'arrêter; je la rassure.

Sa figure est crispée, le regard est méchant, une expression de colère et de haine rend sa physionomie très dure, la maigreur du corps est extrême.

Je pratique la friction oculaire, le sommeil est établi au bout de dix minutes.

Je lui suggère :

1° De ne plus être obsédée par le sentiment d'angoisse qui l'envahit;
2° De ne plus avoir peur de se suicider;
3° De ne plus s'ennuyer ;
4° De se lever de bonne heure et de faire de l'exercice;
5° De ne plus prendre de morphine.

Le réveil est bon, un peu d'eau froide sur la figure dissipe l'engourdissement. L'expression de la physionomie est complètement changée, elle offre un contraste frappant avec celle d'avant le sommeil hypnotique ; elle est douce, agréable à voir et reposée.

La malade est transfigurée, elle est joyeuse, soulagée et gaie.

Du 9 au 23 juillet. — J'endors tous les jours Mlle X...., avec plus ou moins de facilité, ayant à lutter contre sa volonté qui l'empêche de se soumettre complètement aux pratiques hypnotiques. — Car Mlle X... subit des influences étrangères que je ne puis supprimer.

J'emploie soit la friction oculaire, soit la prise du regard, ou bien la pression du pouce qui provoque le sommeil hypnotique par suggestion. — La prise du regard lui est fort pénible. — Je crée une zone pour le réveil en pressant entre les deux omoplates. Par la pression digitale, le sommeil arrive lentement, presque physiologiquement; par la pression vertébrale, le réveil ne se produit pas brusquement. Je donne la préférence à ces deux

modes d'opération. Je combats la tendance à l'engourdissement, qui succède aux premières séances, par la suggestion contraire et par le café en infusion. Je lui donne un régime à suivre et règle toutes les heures de la journée.

24 juillet. — Ayant obtenu d'excellents résultats chez une morphinomane de l'emploi d'un parfum pour renforcer la suggestion, je répète l'expérience avec Mlle X....

On sait, en effet, qu'une odeur ou qu'un parfum rappelle des souvenirs quelquefois très lointains. Ayant endormi ma cliente, je lui dis que le parfum du corylopsis, que je lui fais sentir en même temps, déplacera son ennui, fortifiera sa volonté et lui rendra le calme en lui rappelant la suggestion donnée à cet effet.

25 juillet au 6 août. — Amélioration très sensible; légères poussées d'ennui immédiatement déplacées par le corylopsis qui fortifie aussi sa volonté. Le sommeil de la nuit est excellent, plus de cauchemars, plus de peur du suicide. Mêmes suggestions.

Du 6 au 22 août. — La guérison s'affirme. Mlle X..., qui vivait dans l'oisiveté, s'est mise au travail; elle étudie, elle traduit de l'allemand et de l'anglais, se lève de bonne heure. Le corylopsis lui est d'un grand secours.

« Votre volonté, me dit-elle, pénètre dans la mienne. Dès que j'aspire ce parfum, je me sens plus forte et plus maîtresse de moi-même. Depuis un mois j'ai lu plus de livres sérieux que depuis cinq ans! » Mêmes suggestions.

22 août au 6 septembre. — État excellent, sauf quelques douleurs précordiales, d'ailleurs très fugaces; mêmes suggestions.

7 septembre. — Je quitte Bordeaux pendant un mois. J'apprends que le succès du traitement appliqué pendant deux mois est compromis par l'arrêt de la suggestion. Mlle X.... a pris de la morphine.

8 septembre au 10 novembre. — Reprise du traitement avec des alternances en bien et en mal. Difficulté très grande d'imposer le sommeil. Volonté bien ferme de ne pas vouloir se laisser endormir, car Mlle X.... subit toujours des influences fâcheuses dans son entourage. Nouvelles crises déplacées par la suggestion. Simulacre de suicide avec la lame rouillée d'un canif de poche.

Ne pouvant ressaisir complètement ma malade je conseille son internement.

10 novembre 1888 au 23 février 1889. — Internement dans une maison d'hydrothérapie de Bordeaux. Reprise de la suggestion qui donne, de nouveau, de bons résultats, avec l'association des douches et du parfum. Mlle X... sort guérie.

23 février au 1er août. — J'ai vu Mlle X.... à peu près tous les quinze jours, elle n'a plus de crises d'ennui, de peur du suicide, de douleurs précordiales et d'affolement. Je la considère comme définitivement guérie.

Nota. — 12 juillet 1890. — Mlle X..., que j'ai revue dans le courant des années 1889 et 1890, n'a plus eu d'obsession et n'a plus pris de morphine. Sa guérison est complète.

CONCLUSIONS

1° L'obsession intellectuelle et émotive (sentiment d'ennui, de peur du suicide et d'angoisses précordiales d'origine psychique) peut être traitée et guérie par la suggestion hypnotique renforcée par un parfum.

2° Un arrêt dans la suggestion peut compromettre le traitement, tant que la guérison n'est pas définitivement assurée.

3° La réclusion et les douches peuvent être des adjuvants très précieux. *(Applaudissements.)*

La séance est levée à onze heures et demie.

SÉANCE DU JEUDI SOIR, 8 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. DELASIAUVE

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — A propos du procès-verbal : M. Pierret. — PROPOSITION D'UN CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES FRANÇAIS, par M. G. Lemoine; discussion et vote de cette proposition : MM. Charpentier, Ritti, A. Giraud. — LA FOLIE A PARIS. LA PROGRESSION CORRÉLATIVE DE LA FOLIE ALCOOLIQUE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. Paul Garnier; discussion : MM. Ball, Charpentier, Régis, Taguet, Rey, Rouillard, Semal, Doutrebente, Paul Garnier. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PORENCÉPHALIE ET DE LA PSEUDO-PORENCÉPHALIE, par MM. Bourneville et P. Sollier. — NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MICROCÉPHALIE, par MM. Bourneville et Camescasse.

La séance est ouverte à quatre heures.

M. Paul GARNIER, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance. Ce procès-verbal est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Pierret à propos du procès-verbal.

M. PIERRET, *professeur à la Faculté de médecine de Lyon*. — La communication que M. Lemoine a faite ce matin sur la paralysie générale arthritique ou rhumatismale, me paraît vraie, mais elle ne touche qu'un des côtés de la question.

L'arthritisme est difficile à définir, cependant les médecins commencent à s'entendre sur ce point : on sait d'abord qu'au point de vue de l'hérédité, l'arthritisme occupe à coup sûr le premier rang; bien plus, il constitue la somme d'une foule de manifestations qui appartiennent toutes à la même famille. C'est le cycle arthritico-nerveux dans lequel se trouvent côte à côte la migraine, l'épilepsie, la goutte, l'hystérie, le rhumatisme, le diabète, etc.

Il comprend aussi l'athéromasie précoce, les artérites avec angine de poitrine, le tout en raison d'inflammation de nature particulière.

Pour ne prendre en considération que les formes massives du rhumatisme, nous voyons d'abord la forme suraiguë du rhumatisme cérébral, puis la forme subaiguë (manies rémittentes) alternant avec les manifestations articulaires. Pour ces diverses formes on peut aisément invoquer des localisations inflammatoires sur les méninges, les vaisseaux, etc.

Mais la question présente une autre face : les arthritiques sont fréquemment des dyspeptiques, ils ont des dilatations de l'estomac, des troubles des fonctions intestinales ; d'autre part, leur foie surmené cesse de s'opposer à l'introduction des poisons dans l'organisme. Par là se réalise une seconde condition pathogénique des accidents nerveux chez les arthritiques. Cette condition, c'est l'empoisonnement secondaire.

Les arthritiques font, d'une part, de la mauvaise chimie élémentaire et, de plus, ils sont soumis à des intoxications secondaires.

C'est là une grande difficulté dans l'interprétation des troubles psychiques observés : délire aigu, manie, mélancolie ; mais c'est aussi l'espérance, lointaine encore, il est vrai, de trouver des moyens thérapeutiques en se fondant sur la connaissance de ce double facteur pathologique.

M. le Président. — La parole est à M. G. Lemoine pour une communication.

PROPOSITION D'UN CONGRÈS ANNUEL

DES MÉDECINS ALIÉNISTES FRANÇAIS

M. G. Lemoine, *professeur à la Faculté de médecine de Lille*. — Messieurs, je saisis l'occasion du Congrès international de médecine mentale qui réunit ici un grand nombre de médecins aliénistes français, pour leur proposer de se rendre chaque année à une réunion du même genre et de voter la création d'un Congrès annuel national. Jusqu'à présent les Congrès de médecine mentale ont été trop rares en France ; il ne s'en est tenu que pendant les dernières expositions universelles, tous les dix ans environ ; or des raisons nombreuses militent en faveur de réunions plus fréquentes.

Depuis quelques années, la place que tient l'étude des question de psychologie morbide dans le cadre des sciences médicales va en grandissant ; le nombre des médecins qui s'en occupent

devient plus considérable et les travaux qu'ils publient plus nombreux. Bien des questions, encore obscures il y a vingt ans, ont été élucidées grâce à l'activité nouvelle que les aliénistes ont apportée à leurs recherches; mais combien le travail de ces chercheurs serait facilité, s'il leur était donné de pouvoir échanger de temps en temps leurs idées dans des assemblées plénières de savants s'occupant à résoudre les mêmes problèmes qu'eux. On l'a vu par l'exemple des grands Congrès internationaux : certains points de la science ont fait plus de progrès en quelques mois, après y avoir été discutés, qu'ils n'en avaient fait auparavant en un temps beaucoup plus long. Car la controverse y est ardente, chacun hésitant beaucoup moins à faire connaître ses idées, quand il peut le faire en quelques mots, que lorsqu'il doit écrire un long article.

D'autre part, les médecins des asiles forment en France un véritable corps, constitué administrativement et hiérarchisé. Ils ont donc à s'occuper non seulement de science, mais aussi de questions administratives et économiques. Ces questions, avec tous les détails qu'elles comportent, ne se traitent bien qu'oralement, et leur étude, en établissant une solidarité plus grande entre les intéressés, ne peut que servir à fortifier l'esprit de corps qui les unit. Enfin les aliénistes sont sujets, du fait même de leurs obligations professionnelles, à des attaques aussi violentes qu'injustifiées auxquelles il serait bon de pouvoir faire à l'occasion une réponse collective, qui, tout en couvrant de son autorité la personnalité attaquée, substituerait à l'individu isolé, souvent mal placé pour se défendre, une association puissante et respectée. Aujourd'hui où toutes les professions se syndiquent et s'associent, un tel résultat ne serait pas à dédaigner.

Depuis longtemps des Congrès de médecins aliénistes existent à l'étranger. En Allemagne, en Russie, en Suisse, en Italie, etc., ils ont admirablement réussi et réunissent chaque année un nombre de plus en plus considérable d'adhérents. On y traite des questions de psychologie, d'aliénation, de médecine légale, d'administration, d'hygiène, etc., et leurs comptes rendus annuels témoignent de leur vitalité. En France, où toutes ces questions sont étudiées avec autant de passion et par des hommes aussi distingués et actifs qu'à l'étranger, un Congrès national annuel de médecine mentale est sûrement appelé à un très grand succès. En vous proposant de le créer, je ne fais du reste que répondre aux désirs de la plupart des aliénistes présents dans cette enceinte;

depuis longtemps beaucoup mûrissaient cette idée et souhaitaient de la voir se réaliser; aussi, Messieurs, en prenant l'initiative de vous la soumettre, suis-je assuré de votre adhésion. En décrétant la fondation d'un Congrès annuel, vous permettrez aux aliénistes de se connaître et de s'unir, à la médecine mentale de faire des progrès plus rapides, et à la science française de tenir le rang qu'elle doit occuper vis-à-vis l'étranger. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Charpentier. — Je me demande si le Congrès qui est international, a bien qualité pour discuter la proposition de M. G. Lemoine. J'estime, pour ma part, qu'elle devrait être renvoyée à la Société médico-psychologique.

M. Ritti, *secrétaire général*. — Messieurs, j'avais prévu cette objection, lorsque de concert avec notre collègue, M. Lemoine, j'avais mis à l'ordre du jour la question d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français; aussi l'ai-je inscrite sur notre programme dans une des séances du matin, où elle aurait pu être discutée en quelque sorte en famille. La marche de nos travaux ne l'a pas permis.

Quoi qu'il en soit, la question étant posée, nous pouvons la résoudre, d'autant plus que je ne vois parmi les membres actuellement présents à la séance que des nationaux. Je demande donc que la conclusion de la communication de M. Lemoine soit mise aux voix.

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de fonder un Congrès annuel des médecins aliénistes français.

(Adopté.)

M. Ritti. — Messieurs, pour rendre effectif le vote que vous venez d'émettre, je crois qu'il importe dès aujourd'hui de résoudre deux autres questions: en premier lieu, que ce Congrès se réunira chaque année dans une ville différente; en second lieu, d'indiquer la ville où il tiendra sa première session.

Sur le premier point, il ne saurait y avoir d'objection. Il s'agit d'accomplir une œuvre de décentralisation, de permettre à nos confrères de connaître les différents asiles de France, de visiter au point de vue de nos études les diverses régions de notre pays; ces divers buts ne sauraient être atteints qu'en assignant chaque année une autre ville comme siège du Congrès.

Quant au Congrès de 1890, je proposerai de le réunir à Rouen. N'est-ce pas dans le voisinage de la capitale de la Normandie que se trouvent deux de nos plus beaux et de nos plus importants asiles ? Et n'est-ce pas un élément de succès pour cette nouvelle création que de la placer sous les auspices de Parchappe, des deux Foville, de Morel, qui ont illustré les deux établissements de Saint-Yon et de Quatre-Mares? Si vous acceptez ma proposition, Messieurs, je suis convaincu que nos excellents collègues de Rouen, MM. Delaporte et Giraud, ici présents, voudront bien se charger de l'organisation du premier Congrès annuel des médecins aliénistes français. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — Je mets aux voix les deux propositions faites par notre Secrétaire général :

1° Que le Congrès des médecins aliénistes français se tiendra chaque année dans une ville différente.

(Adopté.)

2° Que ce Congrès tiendra sa première session à Rouen, en 1890.

(Adopté.)

M. Giraud, *médecin-directeur de l'asile Saint-Yon.* — Mon collègue, M. Delaporte, et moi, nous sommes très-flattés de l'honneur que vous nous faites en nous chargeant d'organiser et de recevoir le premier Congrès annuel des médecins aliénistes français. Nous ferons tous nos efforts pour nous rendre dignes de la tâche que vous nous imposez. *(Applaudissements.)*

M. le Président. — La parole est à M. Paul Garnier pour une communication.

LA FOLIE A PARIS

LA PROGRESSION CORRÉLATIVE DE LA FOLIE ALCOOLIQUE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

I. *Considérations générales.*

M. le Dr Paul Garnier, *médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police.* — Parmi les médecins occupés spécialement de l'étude des maladies cérébrales, il n'en est guère, certainement, auxquels n'ait été adressée cette question fort nette : Y a-t-il plus de fous aujourd'hui qu'autrefois ? Par

ce temps d'énorme et bruyante publicité donnée aux plus petits évènements de la rue, comme aussi, malheureusement, aux plus lamentables drames de famille qui, le plus souvent, auraient pu rester le secret de parents douloureusement frappés, l'esprit est porté à grossir encore le mal. On ne voit plus autour de soi que catastrophes cérébrales ; on est amené à croire, en un mot, que la folie multiplie le nombre de ses victimes dans d'effroyables proportions et l'on peut avancer que l'interrogation ci-dessus est presque toujours posée avec un sentiment déjà tout formé et la prévision d'une réponse affirmative.

Mais s'il y a, dans les circonstances que j'indique, des motifs de nature à engendrer de fortes exagérations, il faut reconnaître que, dans le fond, l'opinion publique est d'accord avec la vérité des faits, puisqu'elle a pour elle la sanction des chiffres.

Oui, la folie augmente de fréquence. Mais où, pourquoi, et comment ?

Dans les statistiques relatives à la mortalité, on ne se préoccupe pas uniquement de savoir si celle-ci s'accroît, reste stationnaire ou diminue. On prend aussi soin de rechercher les causes d'où naissent les variations que l'on peut constater et de relever la proportion fournie par chaque contingent morbide à l'ensemble de la léthalité.

Qu'il s'agisse de la perte de la raison, au lieu de la perte de la vie, les procédés d'enquête restent les mêmes : il est indispensable d'aller au-delà d'une notion synthétique et de s'informer, en matière de folie, des conditions plus particulièrement nocives qui agissent sur le développement des troubles intellectuels, sur la prédominance de telle ou telle variété morbide, dans des circonstances et des milieux déterminés.

Au fur et à mesure que le mouvement d'attraction vers les grands centres s'accentue et ajoute sans cesse à des agglomérations déjà énormes de vies humaines, il semble qu'il y ait, de plus en plus, lieu d'ouvrir un chapitre spécial à ce que l'on pourrait appeler les *folies urbaines*, par allusion aux éléments de causalité qui s'y trouvent réunis et accumulés.

Il paraît établi que l'augmentation du bien-être, les progrès de l'hygiène morale et physique, progrès qui ont pénétré dans des provinces restées, longtemps, extrêmement pauvres et se répandent au sein des populations rurales très arriérées, ont déjà affaibli, dans ces contrées, le nombre autrefois considérable des agé-

nésies intellectuelles congénitales. Une meilleure alimentation, une habitation moins insalubre, la vulgarisation de l'instruction élevant le *ton moral* de l'individu et l'affranchissant des plus grossières superstitions, c'était là autant de raisons pour diminuer les causes de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales.

Nous sommes donc disposé à reconnaître avec le regretté Dr Lunier (1) que le nombre des idiots tend à décroître dans ces milieux ruraux. Mais l'examen de ce qui se passe dans les grandes villes est loin de nous conduire à des constatations aussi rassurantes.

C'est là que la folie suit un mouvement ascensionnel véritablement inquiétant. Il est à cela des causes multiples, au premier rang desquelles il convient de ranger *l'alcoolisme*, sans cesse grandissant, et aussi cette suractivité fonctionnelle, ce *surmenage* de l'organisation intellectuelle et physique, cette tension exagérée de toutes les forces vives qu'engendre l'ardeur de la *lutte pour l'existence*.

Ce sont là choses assurément bien connues, mais il ne peut pas sembler inutile, en présence des graves intérêts qui sont en jeu, de multiplier les exemples et de faire ressortir l'importance, dans le développement de la folie, au sein d'une ville comme Paris, de ces deux facteurs, d'ailleurs souvent associés dans leur action nocive : *l'alcoolisme et le surmenage*.

II. *Mouvement de l'aliénation mentale à Paris.*

En dressant, récemment, les relevés statistiques du service de l'Infirmerie spéciale, j'ai noté diverses particularités qui m'ont paru intéressantes et dignes d'être mises en relief.

Chargé, depuis trois ans, de la direction de ce service, j'ai cru devoir faire un tableau à part pour cette dernière période triennale, afin d'en étudier de plus près les chiffres et d'en analyser la composition, me réservant de les rapprocher ensuite, pour une utile comparaison, des chiffres antérieurs.

Dans ces trois dernières années le nombre des individus envoyés à l'Infirmerie spéciale, aux fins d'examen, a été de 8.889, sur lesquels 8.139 ont été reconnus aliénés. C'est ce mouvement qu'indique le tableau I ci-dessous.

(1) Lunier. *Mouvement de l'aliénation mentale en France* (*Annales méd. psych.* 1884).

TABLEAU I. — MOUVEMENT TRIENNAL (1886-1888) DE L'ALIÉNATION MENTALE A L'INFIRMERIE SPÉCIALE

ANNÉES	RECONNUS ALIÉNÉS			NON RECONNUS aliénés			TOTAL des individus examinés		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1886.....	1.514	1.083	2.597	148	86	234	1.662	1.169	2.831
1887.....	1.587	1.096	2.683	177	90	267	1.764	1.186	2.950
1888.....	1.730	1.129	2.859	185	64	249	1.915	1.193	3.108
TOTAUX.	4.831	3.308	8.139	510	240	750	5.341	3.548	8.889

Ne retenant, pour l'instant, que ce total triennal de 8.139 malades *placés d'office* et transférés de l'Infirmerie spéciale par les soins de la Préfecture de police, à Sainte-Anne, pour la presque totalité, et, pour un très petit nombre à la Maison nationale de Charenton ou dans différents asiles privés, nous aurons une première remarque à faire au sujet de la prédominance marquée du sexe masculin sur le sexe féminin : 4.831 hommes et 3.308 femmes, soit : H. 59,35 p. 100 ; F. 40,64 p. 100, ou le rapport 3 à 2.

Cette prédominance de l'élément masculin est là exceptionnellement accentuée et dépasse celle qui est accusée par la statistique générale des aliénés du département de la Seine (placements d'offices et placements volontaires réunis) de ces dix-sept dernières années, ainsi qu'on peut s'en assurer par les résultats ci-dessous.

TABLEAU II. — STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE
Placements d'office et placements volontaires (1872-1888).

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1872..................	1.695	1.389	3.084
1873..................	1.841	1.408	3.249
1874..................	1.743	1.510	3.253
1875..................	1.770	1.400	3.170
1876..................	1.782	1.448	3.230
1877..................	1.776	1.565	3.341

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1878	1.829	1.507	3.336
1879	1.902	1.489	3.391
1880	1.932	1.552	3.484
1881	2.097	1.641	3.738
1882	2.093	1.623	3.716
1883	2.208	1.755	3.963
1884	2.313	1.813	4.126
1885	2.289	1.897	4.186
1886	2.486	1.981	4.467
1887	2.497	1.892	4.389
1888	2.549	1.900	4.449
TOTAUX	34.802	27.770	62.572

Dans le tableau I donnant le dénombrement des individus conduits à l'Infirmerie spéciale, aux fins d'examen, pendant la période triennale 1886-1888, on a pu remarquer que, sur un total de 8.889 personnes soumises à la visite médicale, 750 — soit 224 en 1886, 267 en 1887 et 249 en 1888 — n'avaient pas été dirigées sur un asile d'aliénés, une observation attentive ayant démontré que leur état mental ne nécessitait pas leur internement. Toutefois, il y a lieu de noter que sur ces 750 personnes, il s'en trouvait quelques-unes dont la raison était réellement fort troublée. Mais, leurs dehors calmes, inoffensifs, autorisaient à les laisser aux mains de leurs parents désireux de les conserver et de leur faire donner des soins à domicile.

La plupart des malades auxquels je fais allusion, en ce moment, sont des affaiblis, des déments séniles trouvés égarés sur la voie publique et réclamés par leurs familles que l'administration s'occupe de prévenir avec le plus de célérité possible.

Il faudrait entrer dans une description fort détaillée pour faire connaître la grande diversité des cas soumis à l'appréciation du médecin de l'Infirmerie spéciale, appelé à noter les manifestations de la déchéance cérébrale à tous ses degrés, et à étudier les plus attristantes déviations du sens moral. Il ne peut être question de tenter ici une énumération de toutes les questions proposées à son examen. On conçoit qu'il y ait là une *clinique psycho-morale* d'une exceptionnelle richesse.

La clientèle de l'Infirmerie spéciale a des origines multiples : les personnes qui sont conduites dans ce service du Dépôt ne sont pas seulement celles qui sont recueillies sur la voie publique, ou celles que leurs parents y amènent, aux fins d'examen et de placement dans un asile d'aliénés.

Près d'un quart du contingent annuel des individus examinés sont des prévenus ou des condamnés et, pour le dire en passant, il y a, de ce fait, un mouvement très actif entre le Dépôt même et l'Infirmerie spéciale qui s'y trouve annexée. Ces échanges incessants rendent forcément leurs rapports très étroits et imposent, en quelque sorte, la nécessité de la juxtaposition des deux services telle qu'elle existe actuellement.

C'est, on peut déjà le penser, parmi ces prévenus et ces condamnés que se rencontrent la plupart des *simulateurs*. Le nombre de ces fraudeurs s'est accru, en ces dernières années, dans une proportion assez sensible, ainsi que je l'ai fait remarquer dans un précédent mémoire [1]. Ils forment, en tous les cas, un appoint assez considérable dans notre chiffre de 750 individus non reconnus aliénés.

Une autre catégorie de simulateurs — ceux-là beaucoup plus timides et faciles à ébranler, car ils manquent d'un mobile suffisamment puissant pour engendrer une forte ténacité — est formée de ces individus qui, après avoir séjourné une première fois dans un asile d'aliénés, ont pris goût au régime hospitalier et tentent de se faire réintégrer, dès que leur existence au dehors devient pénible, précaire, ou bien quand ils se sont laissé gagner par des habitudes de paresse. Ils viennent alors raconter « *qu'ils sont repris*, comme disent la plupart... *qu'ils craignent de faire un mauvais coup... que la tranquillité de la rue ne sera pas assurée tant qu'ils resteront en liberté... etc., etc.*». Leur défaut de sincérité est bien vite manifeste et il est généralement aisé de les amener à confesser que les prétendus troubles intellectuels allégués n'étaient qu'un prétexte et que leur vrai mobile était d'échapper, par un internement dont ils s'accommodaient fort bien, soit aux étreintes de la misère, soit aux ennuis d'un métier pénible. Leur venue coïncide principalement avec les premières rigueurs de l'hiver.

L'Infirmerie spéciale donne encore momentanément asile à un certain nombre de malheureux dont la raison a paru céder sous le choc d'une perturbation émotionnelle profonde, sous la poussée

(1) Paul Garnier. *La simulation de la folie et la loi sur la relégation. (Ann. d'hyg. et de méd. lég*. 1888.*)*

d'un désespoir violent. Les uns, en proie à une exaltation passionnelle qui prend les proportions d'une crise cérébrale, se livrent à des manifestations plus ou moins extravagantes, à des actes désordonnés ; les autres courent au suicide ; l'insuccès d'une première tentative ne les a pas rattachés au désir de vivre : devant leur affirmation réitérée de l'intention suicide, des doutes s'élèvent sur l'intégrité de leur intelligence, en même temps qu'une surveillance spéciale apparaît nécessaire. Les exaltés, les passionnels, les désespérés dont il est question ici sont appelés à s'amender rapidement, à moins d'une prédisposition très grande à verser dans la folie. Le médecin, familiarisé avec la clinique mentale, les différencie assez aisément des aliénés dont ils n'adoptent qu'une partie des dehors. En leur présence, il a le devoir de surseoir à toute mesure, en attente d'un lendemain qui peut modifier bien des dispositions.

Enfin, aux causes susceptibles d'engendrer des désordres intellectuels éphémères pouvant faire croire à la folie, il faut ajouter l'ivresse, qui vaut à l'Infirmerie un certain nombre d'hôtes de passage.

Il semble bien que, de nos jours, grâce à la toxicité beaucoup plus grande des boissons alcooliques en usage, l'ivresse est à la fois plus prompte à se produire et surtout s'accompagne de troubles mentaux plus profonds et plus durables qu'autrefois. L'individu qui, après quelques manifestations bruyantes, dues à de copieuses libations, allait coucher au violon et se réveillait le lendemain dégrisé et confus de son aventure, tend de plus en plus à céder la place à un ébrieux autrement plus violent et infiniment plus troublé. La symptomatologie et l'évolution de l'ivresse ont changé avec la nature des boissons enivrantes. Celle que nous voyons maintenant est aussi lente à se dissiper qu'elle est prompte à se produire : l'obnubilation psychique, les divagations se poursuivent, souvent pendant quarante-huit heures et plus ; l'intelligence ne se dégage qu'avec peine des nuages qui l'enveloppent. Entre de tels dehors et ceux de l'aliénation mentale, les analogies ont paru assez grandes pour motiver un examen à l'Infirmerie spéciale. Ce n'est souvent qu'après trois et quatre jours que la mise en liberté peut être ordonnée ; tandis que s'il eût fallu statuer immédiatement ou dans les premières vingt-quatre heures, la seule mesure possible était l'envoi dans un asile d'aliénés.

Il est inutile d'insister sur l'utilité grande d'un service qui, entre autres avantages, a celui d'épargner, grâce à une observa-

tion attentive, à bon nombre d'individus surpris par un délire momentané ou dominés par une exaltation transitoire, le préjudice moral d'un internement dans un établissement d'aliénés.

« Ce n'est pas, a dit une voix autorisée, un des moindres mérites de l'Infirmerie spéciale que d'éviter à ces pauvres victimes d'une erreur de conduite ou d'un accès de désespoir de franchir le seuil de ce qu'on appelle une maison de fous.... Aussi ne saurait-on dire combien grande est la délicatesse des fonctions du médecin en chef de l'Infirmerie spéciale et combien sont lourdes les responsabilités qu'elles portent avec elles. Dans une administration où toutes les attributions sont délicates, il n'en est pas de plus délicate, en effet, que l'application de la loi sur les aliénés, etc [1].»

III. *Mouvement mensuel de l'aliénation mentale à l'Infirmerie spéciale.*

Avant de montrer pour quelle part chaque forme morbide intervient dans notre total triennal de 8.139 malades, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur le *mouvement mensuel* de l'aliénation mentale, à l'Infirmerie spéciale, tel que le représente le tableau III.

TABLEAU III. — MOUVEMENT MENSUEL DE L'ALIÉNATION MENTALE
Statistique de l'Infirmerie spéciale (période triennale 1886-1888)

MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Janvier	383	252	635
Février	324	255	579
Mars	409	283	692
Avril	437	313	750
Mai	457	306	763
Juin	472	302	774
Juillet	420	262	682
Août	400	258	658
Septembre	391	272	663
Octobre	391	268	659
Novembre	390	286	676
Décembre	357	251	608
TOTAUX	4.831	3.308	8.139

[1] Discours prononcé par M. Gragnon, préfet de police, le 8 mai 1886 aux obsèques du Dr Legrand du Saulle (*Annales méd.-psychol.* 1886).

L'examen de cette distribution mensuelle permet de constater que le nombre des admissions va progressant sans cesse, de *janvier* à *juin*, où il atteint son maximum, pour redescendre ensuite assez rapidement. Février seul semble marquer une défaillance, mais l'unique raison en est dans l'infériorité numérique que lui constitue le calendrier grégorien : il n'y a donc là qu'une apparente dérogation qui n'altère en rien la loi générale de cette progression.

Quand on suit ce mouvement, année par année, on est très frappé de la périodicité invariable de cet accroissement et de la rapidité de son allure qui s'accentue surtout d'avril à juin. En juillet, non seulement arrêt, mais mouvement rétrograde qui va nous ramener, peu à peu, aux chiffres mensuels ordinaires.

On note cette particularité : le mois d'avril arrive toujours avec un contingent supérieur à celui du mois d'août. En résumé, la prédominance est largement acquise au deuxième trimestre, ainsi que le prouve le groupement trimestriel du tableau IV.

TABLEAU IV. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE L'ALIÉNATION MENTALE

Statistique de l'Infirmerie spéciale (période triennale 1886-1888).

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes............	1.116	1.336	1.211	1.138
Femmes............	790	921	792	805
TOTAUX........	1.906	2.257	2.003	1.943

Si l'on entre dans le détail, par l'étude de la marche de chaque forme mentale dans le cycle annuel, on s'aperçoit que chaque type morbide prend part à ce mouvement ascensionnel du deuxième trimestre, mais une part très inégale à vrai dire, attendu qu'elle est presque nulle pour certaines espèces, tandis qu'elle est considérable pour certaines autres, *la folie alcoolique* et *la paralysie générale*, par exemple.

Cette élévation du chiffre des admissions, en coïncidence régulière et invariable avec le deuxième trimestre de l'année, pendant cette dernière période triennale est, d'ailleurs, en rap-

port avec les résultats des périodes précédentes; elle les confirme en les accentuant encore.

Un interne distingué du service de l'Infirmerie spéciale, M. le Dr Planès, additionnant les chiffres trimestriels de quatorze années (1872-1885), obtenait les résultats suivants :

TABLEAU V. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE L'ALIÉNATION MENTALE

Statistique de l'Infirmerie spéciale (1872-1886).

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes............	4.130	4.891	4.719	4.167
Femmes............	3.299	3.731	3.471	3.360
TOTAUX........	7.429	8.622	8.190	7.527

Par l'examen du graphique ci-joint (planche II) on saisit nettement les particularités de cette distribution mensuelle des cas de folie. Le tracé, après s'être abaissé de janvier à février — pour les raisons que nous avons dites — se relève en mars et poursuit dès lors, sans hésitation, son mouvement ascensionnel jusqu'en juin, où le sommet de la courbe s'accuse par un angle aigu, la ligne s'abaissant en juillet aussi rapidement qu'elle s'était élevée en mai.

C'est une opinion assez généralement accréditée que les grandes chaleurs de la période estivale exercent une action particulièrement nocive sur le cerveau et que la folie est plus fréquente à cette époque de l'année qu'à toute autre.

Ce n'est cependant pas cette cause qui augmente, dès le mois d'avril, et d'une manière très sensible déjà, le chiffre des admissions, continue à l'élever pendant le mois de mai, le porte à sa plus haute puissance au mois de juin et le fait décroître, très rapidement, en juillet et en août, c'est-à-dire précisément pendant les deux mois où la température est le plus élevée. De plus, on note que septembre, mois dont la moyenne thermique est encore forte, est à peu près sur la même ligne que le mois de janvier, quant au chiffre des admissions.

En un mot, la *recrudescence périodique annuelle* que tous

nos graphiques enregistrent d'une façon si nette *paraît se relier à la saison printanière avec laquelle elle coïncide.*

La température extérieure semble donc destituée, en grande partie, du rôle qu'on était disposé à lui faire jouer. L'influence perturbatrice paraît appartenir plutôt aux conditions et transformations météorologiques ou cosmiques qui caractérisent la *période vernale.*

Dans l'étude des causes prédisposantes des maladies, la pathologie générale a, depuis ses origines mêmes, assigné un rôle important aux modifications organiques auxquelles l'être humain est soumis, à cette époque de l'année, comme la nature entière.

La folie rentrerait donc, par là, dans le groupe des affections dont l'éclosion ou les *périodes d'accès* et les paroxysmes sont, de préférence, contemporains de l'apparition du printemps. Ce qui ne veut nullement dire, bien entendu, que le printemps peut agir, à lui seul, sur le développement de l'aliénation mentale. Quand on énonce, d'après les relevés de la statistique, que les crimes, les attentats à la pudeur par exemple, sont plus fréquents dans le 2e trimestre de l'année que dans les autres, on n'émet point pour cela la prétention de rendre le printemps responsable de la genèse de ces crimes.

Nous devons noter que, dans d'autres statistiques, l'effervescence saisonnière paraît se reporter un peu plus loin et donner la prédominance au mois de juillet sur les autres mois. Mais on remarque dans lesdites statistiques, que juillet ne dépasse que de fort peu le mois de juin et que le mois d'avril et le mois de mai sont numériquement supérieurs au mois d'août et de septembre, ce qui confirme, en somme, nos propositions.

Il est bien remarquable que des résultats à peu près identiques soient révélés par les statistiques relatives au suicide et aux attentats contre les personnes.

Si la statistique démontre que c'est au plein de cette période que, d'après les calculs de la natalité, les conceptions sont le plus nombreuses, que les suicides et les crimes atteignent leur chiffre *maximum,* que la folie exagère tout-à-coup la fréquence de ses accès, n'est-on pas amené à penser, en présence de cette exacerbation subite et transitoire des manifestations normales et anormales de l'organisme humain, que cette *poussée vernale* représente une *phase critique* où la constitution météorologique intervient en quelque sorte à l'égal d'un agent provocateur ?

IV. *Fréquence relative des diverses formes mentales.*

Nous avons pu déclarer, avec l'appui des chiffres, que la folie dans son ensemble est, à part quelques oscillations de peu d'importance, en progression continue à Paris.

Il convient maintenant d'entrer dans l'analyse de cette proposition synthétique afin de rechercher si toutes les espèces morbides sont également responsables de cet accroissement et dans quelle mesure chacune d'elles y participe.

J'ai adopté, à l'Infirmerie spéciale, pour la formule de mes diagnostics, la classification de mon excellent maître, M. Magnan. Elle est simple, claire, pratique et susceptible de répondre à tous les besoins d'une clinique aussi variée que celle du Dépôt de la préfecture de police.

Dans le tableau ci-dessous, j'ai rangé chaque type morbide par ordre d'importance numérique absolue, c'est-à-dire en additionnant les chiffres fournis par les deux sexes. Mais, comme la valeur numérique relative se déplace suivant qu'on considère le sexe masculin ou le sexe féminin, il était indispensable de donner, à la suite, cette énumération des espèces pathologiques chez l'homme et chez la femme.

TABLEAU VI. — GROUPEMENT DES DIVERSES FORMES MENTALES D'APRÈS LEUR ORDRE DE FRÉQUENCE POUR LES DEUX SEXES RÉUNIS

MALADIES	NOMBRE	0/0
Alcoolisme (aigu — subaigu — chronique).......	2.189	26,89
Dégénérescence mentale (Idiotie. — Imbécillité. — Débilité psychique) [Folie des dégénérés héréditaires]...............................	1.465	17,99
Paralysie générale..............................	999	12,27
Affaiblissement intellectuel (Lésions en foyer). { Hémorrhagie.... Ramollissement. Tumeurs........ }	986	12,11
Mélancolie......................................	688	8,45
Manie. — Excitation maniaque.................	531	6,52
Épilepsie.......................................	463	5,69
Démence sénile................................	437	5,36
Délire chronique ou psychose systématique progressive..................................	381	4,68
TOTAL....................	8.139	

Tableau VII. — Fréquence relative des divers types morbides

(Hommes)

MALADIES	NOMBRE	0/0
Alcoolisme (aigu — subaigu — chronique).......	1.813	37,94
Dégénérescence mentale (Idiotie. — Imbécillité. — Débilité psychique) [Folie des dégénérés héréditaires]...........................	821	16,99
Paralysie générale............................	711	14,71
Affaiblissement intellectuel....................	548	11,34
Épilepsie....................................	294	6,08
Manie. — Excitation maniaque.................	210	4,34
Mélancolie....................................	179	3,70
Démence sénile................................	150	3,10
Délire chronique (psychose systématique progressive)..................................	105	2,17
Total..................	4.831	

Tableau VIII. — Fréquence relative des divers types morbides

(Femmes)

MALADIES	NOMBRE	0/0
Dégénérescence mentale (Idiotie. — Imbécillité. — Débilite physique).........................	644	19,46
Mélancolie....................................	509	15,38
Affaiblissement intellectuel....................	438	13,24
Alcoolisme (aigu — subaigu — chronique).......	376	11,36
Manie. — Excitation maniaque.................	321	9,70
Paralysie générale............................	288	8,70
Démence sénile................................	287	8,66
Délire chronique (psychose systématique progressive).................................	276	8,34
Épilepsie....................................	169	5,10
Total..................	3.308	

Si l'onjette un regard sur l'ensemble des chiffres fournis par les deux sexes (tableau VI), et si l'on considère l'importance de chacun de nos neuf contingents morbides, on voit que l'alcoolisme occupe le premier rang et à une grande distance des autres formes, avec 2.189 malades sur un total de 8.139, et la paralysie générale le 3e rang avec 999 malades, le second rang étant assigné aux états dégénératifs.

Examine-t-on la contribution numérique de chaque sexe (tableaux VII et VIII), on constate que, chez l'homme, la folie alcoolique garde son énorme avance et que sur 4.831 aliénés, 1.813 se réclament de cette intoxication. Chez la femme, elle est destituée de son premier rang, comme on pouvait s'y attendre ; mais elle n'est cependant pas rejetée fort loin : elle se place seulement au 4e rang avec 376 malades sur un total de 3.308, ce qui est relativement énorme pour le sexe féminin. La *paralysie générale* est au 3e rang chez l'homme — 711 sur 4.831 — ; au 6e rang chez la femme — 288 sur 3.308.

Ce qui frappe encore dans cette comparaison de l'apport de chaque forme morbide suivant le sexe, c'est l'importance numérique considérable de la mélancolie chez la femme où elle vient au 2e rang (509 malades sur 3.308 soit : 15, 38 p. 100), tandis qu'elle est reléguée à la 8e et avant-dernière place chez l'homme (179 sur 4.831 soit 3,70 p. 100).

Une remarque analogue est à faire au sujet du délire chronique ou psychose systématique progressive : F. 276, soit 8,34 p. 100, H. 105, soit 2,17 p. 100.

Mais sans plus nous attarder à la comparaison de ces chiffres, il convient d'entrer, dès maintenant, dans le détail de ceux qui sont relatifs à la folie alcoolique et à la paralysie générale, objet plus direct de ce travail.

V. *Alcoolisme.*

Progression rapide de la folie alcoolique.

Le mouvement de la folie alcoolique, à l'Infirmerie spéciale, a été particulièrement rapide, dans ces trois dernières années, ainsi qu'on peut en juger, par l'examen du tableau IX ci-après.

TABLEAU IX. — MOUVEMENT DE LA FOLIE ALCOOLIQUE
Statistique de l'Infirmerie spéciale (période triennale 1886-1888).

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAL	OBSERVATIONS	0/0
1886.....	533	111	644	Sur le chiffre total des aliénés.	24,91
1887.....	584	122	706		
1888.....	696	143	839	Idem.	29,34
TOTAUX.	1.813	376	2.189		

Il est impossible de n'être pas frappé, de n'être pas effrayé, pourrions-nous dire, des chiffres qui figurent au précédent tableau.

En 1886, les cas d'alcoolisme, pour les deux sexes, atteignent le chiffre déjà énorme de 644. Deux ans plus tard, ce chiffre se trouve porté à 839, ce qui représente, pour ce court espace, une augmentation de 25 p. 100 environ.

Il y a trois ans, le nombre total des aliénés admis à l'Infirmerie spéciale a été, comme nous l'avons vu, de 2.597, sur lesquels on relève 644 cas de folie alcoolique, soit : 24,91 p. 100.

En 1888 la proportion se modifie ainsi qu'il suit : 839 alcooliques sur un total de 2.859 aliénés, soit : 29,34 p. 100.

Si nous spécialisons maintenant pour chaque sexe, nous constatons que la femme, toutes proportions gardées, suit l'homme de bien près dans cette progression si accélérée.

La superposition des deux tableaux suivants (tableaux X et XI), fait saisir le rapport de cet accroissement de 1886 à 1888.

TABLEAU X. — MOUVEMENT DE LA FOLIE ALCOOLIQUE
(Hommes)

ANNÉES	TOTAL des aliénés	NOMBRE des alcooliques	PERCENTUM
1886......................	1.514	533	35,21
1888......................	1.730	696	40,23

A deux années d'intervalle, la proportion des alcooliques *hommes* a donc augmenté de 5 p. 100, par rapport au nombre des cas de folie dans le sexe masculin.

TABLEAU XI. — MOUVEMENT DE LA FOLIE ALCOOLIQUE
(Femmes)

ANNÉES	TOTAL des aliénés	NOMBRE des alcooliques	PERCENTUM
1886	1.083	111	10,24
1888	1.129	143	12,66

La progression de l'alcoolisme chez la femme, tout en étant très nettement accentuée, a été toutefois, pendant cette même période, moitié moins rapide par rapport au nombre des cas de folie dans le sexe féminin.

Il était utile de comparer cette dernière période triennale aux précédentes afin d'observer de plus loin la marche de l'alcoolisme. C'est ce qui a été fait dans le tableau XII.

TABLEAU XII. — MOUVEMENT DE LA FOLIE ALCOOLIQUE
Statistique de l'Infirmerie spéciale (1874-1888) par périodes triennales.

ANNÉES GROUPÉES par périodes triennales		HOMMES		FEMMES		TOTAUX	
		CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale	CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale	CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale
1re période triennale	1874	298	314,66	47	52,66	345	367,33
	1875	311		58		369	
	1876	335		53		388	
2e période triennale	1877	302	325,66	60	63,33	362	389
	1878	319		59		378	
	1879	356		71		427	
3e période triennale	1880	355	399,33	47	55,33	402	454,66
	1881	401		64		465	
	1882	442		55		497	
4e période triennale	1883	482	450	66	73	548	523
	1884	444		77		521	
	1885	424		76		500	
5e période triennale	1886	533	604,33	111	125,33	644	729,66
	1887	584		122		706	
	1888	696		143		839	

Un regard d'ensemble jeté sur le tableau qui précède permet de se rendre compte, tout de suite, de la marche précipitée de l'alcoolisme, chez l'un et l'autre sexe.

Il y a quinze ans, la moyenne annuelle des cas de folie alcoolique, sans distinction de sexe, s'élevait à 367 ; aujourd'hui elle est de 729 ; c'est-à-dire que, dans cet intervalle, *elle a doublé*.

Veut-on envisager le rapport de l'accroissement entre les deux sexes, on enregistre cette constatation qui n'est pas la moins curieuse, à savoir que la femme tend à diminuer, pour quelque peu au moins, la distance, autrefois énorme, qui la sépare de l'homme relativement à la fréquence des cas d'alcoolisme.

Pour l'homme, en effet, la moyenne annuelle était, il y a quinze ans, de	314,66
Elle est aujourd'hui de	604,33
Pour la femme cette moyenne annuelle de l'alcoolisme était à la même époque de	52,56
Elle est aujourd'hui de	125,33

Ce qui établit que la proportion n'a pas tout-à-fait doublé chez l'homme, et qu'elle a plus que doublé chez la femme.

En résumé, si l'alcoolisme fait toujours beaucoup plus de victimes dans le sexe masculin, les plus récentes données de la statistique établissent, cependant, que l'écart extrêmement considérable qui existait, aux premiers temps de cette intoxication, entre l'homme et la femme, époque où l'alcoolisme était d'une absolue rareté chez cette dernière, cet écart, dis-je, va s'amoindrissant dans une certaine mesure, malgré pourtant l'incessant développement de cette intoxication chez l'homme. C'est là un témoignage des mœurs adoptées par la femme. Dans une énorme agglomération urbaine comme Paris, au sein des classes ouvrières qui forment, il faut le remarquer, la clientèle ordinaire du service de l'Infirmerie spéciale, la femme tend, de plus en plus, à imiter l'homme dans son genre de vie, à s'associer à ses écarts de régime, à ses excès. Elle est de moins en moins au foyer, se répand au dehors pour des occupations nées de nouvelles conditions ou nécessités sociales, s'extériorise de plus en plus, si l'on peut ainsi dire, et, guettée par les mêmes occasions qui entraînent l'homme, en vient à commettre les même abus.

Les résultats de la grande enquête de la commission sénatoriale « *sur l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'alcoolisme* », résultats consignés, d'après les documents fournis par le ministère de l'intérieur, dans le remarquable rapport de M. Claude (des Vosges), montrent également la progression de la folie alcoolique. Mais ces résultats comprenant une période de vingt-cinq années (1861-1885) et portant sur l'ensemble des cas relevés dans les différents asiles publics d'aliénés de France, sont loin de marquer une invasion aussi rapide que celle indiquée par la statistique de Paris, prise isolément. Nous donnerons une idée de cette différence en disant que, dans la statistique de l'Infirmerie spéciale, la proportion des alcooliques est double presque exactement, car elle donne environ 30 p. 100 au lieu de 15 p. 100 (dernière période quinquennale 1881-1885) du rapport de M. Claude (des Vosges) [1].

VI. *Influence saisonnière sur la fréquence de la folie alcoolique.*

Si la croyance populaire place le maximum de fréquence de la folie à l'époque de l'année où la température extérieure est le plus élevée, c'est une non moins grande tendance de l'opinion de rattacher à la période des fortes chaleurs une recrudescence des cas d'alcoolisme. Eh bien, les indications fournies par nos courbes annuelles sont en contradiction avec cette prévision qui semblait pourtant avoir pour elle la plus stricte logique, car il est assez généralement admis que l'extrême élévation de la température fait naître le besoin de boire.

De même que pour la folie en général, il y a pour la folie alcoolique une *recrudescence périodique annuelle* et cette recrudescence se place, non à l'époque des plus grandes chaleurs, mais au printemps ainsi que le montre le tableau XIII.

(1) Voir le rapport de M. Claude (des Vosges).

TABLEAU XIII. — MOUVEMENT MENSUEL ET SAISONNIER DE LA FOLIE ALCOOLIQUE
(Période triennale 1886-1888)

MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Janvier	125	26	151
Février	107	25	132
Mars	120	28	148
Avril	175	31	206
Mai	173	27	200
Juin	200	50	250
Juillet	198	34	232
Août	166	30	196
Septembre	160	19	179
Octobre	134	43	177
Novembre	135	31	166
Décembre	120	32	152
TOTAUX	1.813	376	2.189

Si le chiffre des admissions pour folie alcoolique est régulièrement plus fort en avril (206) qu'en août (196); si le mouvement ascensionnel qui se prononce nettement dès le mois d'avril pour ne s'arrêter qu'en juin, — mois le plus chargé (250), — et commencer à décroître progressivement en juillet, accentuer encore cette diminution en août, c'est-à-dire à la date où l'élévation de la température est maxima et devrait avoir toute l'action qu'on lui suppose, c'est donc que les fortes chaleurs n'ont pas un rapport de cause à effet avec cette recrudescence périodique annuelle que nos graphiques accusent.

Le groupement trimestriel met bien en valeur cette prédominance du deuxième trimestre.

TABLEAU XIV. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE LA FOLIE ALCOOLIQUE (Statistique triennale 1886-1888)

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes	352	548	524	389
Femmes	79	108	83	106
TOTAUX	431	656	607	495

Ces résultats concordent complètement avec ceux des années antérieures [1], ainsi que le montre le tableau XV.

TABLEAU XV. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE LA FOLIE ALCOOLIQUE

Statistique de l'Infirmerie spéciale (1874-1886).

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes............	1.060	1.461	1.433	1.098
Femmes............	174	225	204	190
TOTAUX.......	1.234	1.686	1.637	1.288

L'augmentation périodique et saisonnière des cas de folie alcoolique paraît donc un fait hors de contestation et ce qui ne paraît pas moins certain c'est que cette recrudescence se place sous la dépendance, non des fortes chaleurs de la saison d'été, mais bien des mêmes influences météorologiques qui, d'une façon générale, semblent faire de la saison du printemps, en quelque sorte, la période dangereuse de l'année, c'est-à-dire la plus favorable, sinon au développement des désordres de l'esprit, du moins à la production d'exacerbations rendant plus nombreuses les admissions dans les établissements spéciaux.

Cela veut-il dire qu'on boit plus au printemps qu'en plein été? Je crois qu'il serait téméraire de tirer cette seule conclusion des résultats ci-dessus. Des interprétations diverses peuvent en être données, sans qu'on soit absolument autorisé à dire quelle est la plus valable. Il n'est pas interdit de penser que sous l'effet de ce trouble vague et général qui accompagne *l'effervescence vernale*, l'appétit pour les boissons alcooliques puisse naître et se développer plus aisément et cela surtout, bien entendu, chez le prédisposé. Cette manière de voir aurait pour elle tous ceux qui pensent qu'on s'alcoolise presque toujours en vertu d'une impulsion irrésistible et maladive.

L'influence saisonnière, avec son apport probable de perturbation organique générale, viendrait ainsi faciliter l'éveil d'un

(1) Thèse Planès.

besoin morbide, de même que, en d'autres circonstances, c'est un malaise vague, un état mal défini de dépression morale qui donne l'élan à l'impulsion dipsomaniaque.

Peut-être existe-t-il aussi, à l'occasion de cette *effervescence vernale*, une tolérance moins grande de l'organisme pour les boissons stimulantes? Relativement au degré variable de cette tolérance, une autre remarque se présente à l'esprit.

Dans l'intoxication alcoolique, comme dans toute autre intoxication, il ne faut pas seulement se préoccuper de la dose ingérée, il faut encore tenir compte d'un fait d'une importance capitale, à savoir l'élimination, par les émonctoires naturels, du poison absorbé; c'est-à-dire qu'il est indispensable de donner toute son attention aux conditions susceptibles de ralentir ou d'activer cette élimination. Il ne peut être indifférent pour la trame organique que le poison séjourne longuement en son contact ou ne l'impressionne que très passagèrement.

Or, la suractivité de la fonction sudorale est incontestablement l'un des meilleurs agents d'une élimination rapide de l'alcool. Il est vraisemblable que l'ouvrier qui peine sous l'action d'une haute température et transpire abondamment doit à cette profusion sudorale, en même temps qu'à l'exhalation pulmonaire conjointement activée, le bénéfice de pouvoir absorber, sans trop de préjudices immédiats, des doses relativement considérables de boissons alcooliques qui, sans doute, suffiraient à développer des troubles graves sans cette élimination rapide, sorte de soupape de sûreté.

Si l'on compare le deuxième trimestre de l'année au troisième, c'est certainement à ce dernier que revient le premier rang, quant au degré de l'hypersécrétion sudorale et de l'activité concomitante de l'exhalation pulmonaire.

Ce qui est certain, c'est que l'observation clinique nous a depuis longtemps appris combien les sueurs profuses sont favorables à la prompte amélioration d'un accès de délire alcoolique aigu. La thérapeutique utilise même cette donnée par la prescription de boissons délayantes abondantes, destinées à véhiculer au dehors, par la voie de l'élimination cutanée, l'alcool que l'on retrouve dans le liquide sudoral.

En terminant ces considérations relatives à cette intoxication, j'aurais voulu présenter quelques remarques au sujet des modalités délirantes d'origine alcoolique, observées à l'Infirmerie spéciale. Qu'il me suffise de dire succinctement aujourd'hui, d'accord en cela avec la plupart des cliniciens, que l'alcoolisme se fait de

jour en jour plus agressif et que son histoire tend, sans cesse, à se *dramatiser*.

Les réactions, avec les alcools d'industrie, à peu près seuls en usage actuellement, se font plus promptes et plus violentes; les suicides, les attentats envers les personnes se multiplient et l'on note la grande fréquence de l'alcoolisme que l'on peut appeler foudroyant.

VII. *Paralysie générale. — Rapidité de son accroissement.*

Nous avons vu plus haut que, dans l'énumération des différentes formes de maladies mentales et leur coordination suivant leur degré de fréquence, la paralysie générale occupe le 3e rang et que, lorsqu'on examine sa distribution chez l'homme, d'abord, et chez la femme ensuite, elle conserve cette place dans le sexe masculin, tandis qu'elle la perd dans le sexe féminin, mais ne se trouve pas reportée plus loin que le 5e rang, sur les neuf contingents morbides figurant à notre tableau.

Pour bien faire saisir l'allure rapide de la progression de l'encéphalite interstitielle diffuse, en même temps que la date de ses paroxysmes annuels, nous procéderons comme pour l'alcoolisme.

Le mouvement de la dernière période triennale 1886-1888, a été le suivant:

Tableau XVI. — Mouvement annuel de la paralysie générale
(Période triennale 1886-1888)

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAUX
1886	219	84	303
1887	241	101	342
1888	251	103	354
Totaux	711	288	999

Nos 999 paralytiques généraux, sur les 8.139 malades qui forment le total de la période triennale, constituent une proportion de 12,27 p. 100.

En déterminant le rapport de proportion, suivant les sexes, on obtient les résultats suivants :

Hommes : 711 cas sur 4.831 ; p. 100 14,70
Femmes : 288 — 3.308 ; — 8,70

Juxtaposons maintenant, pour une instructive comparaison, cette période triennale aux précédentes :

TABLEAU XVII. — MOUVEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
Statistique de l'Infirmerie spéciale (1874-1888) par périodes triennales.

ANNÉES GROUPÉES par périodes triennales		HOMMES		FEMMES		TOTAUX	
		CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale	CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale	CHIFFRES annuels	MOYENNE annuelle triennale
1re période triennale	1874	137	146,33	37	40,66	174	187
	1875	155		39		184	
	1876	147		46		193	
2e période triennale	1877	135	139	42	49,66	177	188,66
	1878	145		57		202	
	1879	137		50		187	
3e période triennale	1880	136	141,66	52	53,33	188	195
	1881	139		50		189	
	1882	150		58		208	
4e période triennale	1883	191	181,66	79	76,66	270	258,33
	1884	182		72		254	
	1885	172		79		251	
5e période triennale	1886	219	237	84	96	303	333
	1887	241		101		342	
	1888	251		103		354	

On peut constater par l'examen du tableau XVII ci-dessus, que le rapport de l'accroissement, pendant cette période de quinze années, a été à peu près le même que celui relevé tout à l'heure pour la folie alcoolique.

En 1874, on note 174 cas de paralysie générale, et en 1888, 354 cas, *soit un peu plus du double*, à un intervalle de quinze années.

On remarque également que, dans cette progression si rapide, le sexe féminin marche, toutes proportions gardées, à pas plus pressés que le sexe masculin et que, à l'instar de ce qui se passe

pour l'alcoolisme, la distance très grande qui les sépare tend à s'amoindrir de plus en plus.

En effet, si en quinze ans les cas de paralysie générale chez l'homme se sont élevés de 137 à 251 (moins du double), ils ont été portés chez la femme, dans le même intervalle, de 37 à 103 (deux fois et demie plus nombreux).

Au début de cette période, la moyenne annuelle donne : H. 146, F. 40; soit, p. 100 : H. 79,60 et F. 21,39, tandis qu'à la fin, c'est-à-dire en 1888, elle s'est modifiée ainsi qu'il suit : H. 237, F. 96; soit, p. 100 : H. 71,17 et F. 28,82.

VIII. *Influence saisonnière sur la fréquence de la paralysie générale.*

Ce qui a été dit plus haut au sujet de la recrudescence annuelle de la folie au printemps se justifie pour la paralysie générale plus encore que pour toute autre forme de maladie mentale, car cette recrudescence est plus exactement vernale, le maximum de fréquence se plaçant non plus en juin mais en mai, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau XVIII. — Mouvement mensuel de la paralysie générale

(Période triennale 1886-1888)

MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAUX
Janvier	63	18	81
Février	44	20	64
Mars	65	29	94
Avril	62	32	94
Mai	80	40	120
Juin	79	32	111
Juillet	54	15	69
Août	44	26	70
Septembre	52	19	71
Octobre	50	21	71
Novembre	66	17	83
Décembre	52	19	71
Totaux	711	288	999

Le groupement trimestriel affirme bien la prépondérance du deuxième trimestre.

TABLEAU XIX. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1886-1888)

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes	172	221	150	168
Femmes	67	104	60	57
TOTAUX	239	325	210	225

Le même groupement pour la période de 1872 à 1886 (Thèse Planès) avait donné des résultats identiques, ainsi qu'on en peut juger en jetant un regard sur le tableau XX.

TABLEAU XX. — MOUVEMENT TRIMESTRIEL OU SAISONNIER DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1872-1886)

	1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE	3e TRIMESTRE	4e TRIMESTRE
Hommes	492	606	516	494
Femmes	187	200	182	173
TOTAUX	679	806	698	667

L'examen de la courbe de la planche V relative au mouvement saisonnier de la paralysie générale accuse, de la façon la plus nette, *l'exacerbation printanière*. Mai et juin sont les deux mois où la ligne se maintient le plus élevée ; elle redescend très brusquement en juillet, se maintient à un niveau très bas, en août et septembre, et montre une tendance à se relever très faiblement d'octobre à novembre. Nous sommes donc, là, en présence d'une maladie cérébrale organique qui semble être influencée dans ses manifestations extérieures — je ne dis pas dans sa genèse bien entendu —

par la constitution météorologique spéciale d'où part le mouvement général qui anime la nature au printemps. Nous avons déjà fait remarquer, plus haut, que cette phase se révélait par tout un ensemble de phénomènes plus ou moins complexes, plus ou moins bien définis, comme une époque d'élection pour les *poussées irritatives* diverses et pour l'apparition paroxystique de certains désordres de la santé.

On peut concevoir, d'après cela, que cette provocation ait surtout lieu de s'exercer sur des individus *préalablement préparés*, par un état hyperémique des centres nerveux, à la *congestion irritative* et à la prolifération du tissu conjonctif intra-nerveux constituant le processus pathogénique de la paralysie générale.

Il n'est pas invraisemblable, d'après ces données, qu'il puisse exister un rapport entre *l'effervescence vernale* et la poussée congestive qui met le feu aux poudres, c'est-à-dire force la maladie à sortir de sa période d'incubation ou exacerbe une disposition morbide qui sommeillait.

IX. *Progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie générale.*

On ne peut qu'être frappé, en étudiant le rapport d'accroissement de la folie alcoolique et de la paralysie générale, des analogies saisissantes constatées dans leur marche comparative. On voit cette dernière se solidariser, en quelque sorte, avec la première, l'imiter dans l'ensemble de son allure et surtout dans la participation, de jour en jour plus grande, de l'élément féminin dans la fréquence de ce genre de folie. Il est utile de remarquer toutefois, que la présente statistique s'adresse plus spécialement à la classe ouvrière où la femme, dans ses habitudes de vie, dans son régime, dans ses écarts d'hygiène, arrive à copier l'homme de plus en plus près.

Dans les classes élevées, la proportion de l'encéphalite interstitielle diffuse est loin d'être la même (1) et la *sélection masculine* conserve là, à peu près, tous ses avantages. Rien ne saurait mieux montrer d'ailleurs où il convient de chercher les facteurs étiologiques de la paralysie générale.

(1) M. Ritti dans un très récent compte rendu sur son service de la Maison nationale de Charenton — division des dames, dont la condition sociale est généralement supérieure à celle des femmes qui passent par l'Infirmerie spéciale — donne la proportion de 6 p. 100.

L'usure nerveuse intensive liée au surmenage et l'intoxication alcoolique, deux conditions causales portées à leur plus haute puissance dans les grands centres urbains, telles paraissent être les influences pathogéniques essentielles de la paralysie générale. Partout où l'un de ces deux facteurs acquiert toute son importance, on voit cette affection se développer, s'accroître incessamment et envahir un sexe qu'elle épargne presque complètement là où ce facteur n'intervient pas. Que ces deux agents viennent à *s'associer* et à combiner leur action nocive et on aura ce qui existe dans les grands centres, à savoir un *foyer* de paralysie générale. Aussi peut-on prétendre que cette affection qu'on a, avec quelque raison, appelée la *maladie du siècle*, est le produit des mœurs sociales et de l'hygiène spéciale aux grandes villes. Il s'agit là, en un mot, avant tout d'une *folie urbaine*, c'est-à-dire *d'une folie acquise* par suite de conditions qui se trouvent réalisées au sein des grandes agglomérations humaines.

Rare et presque introuvable au sein des populations rurales menant une vie sobre et paisible, inconnue chez certaines peuplades restées indemnes de l'empoisonnement alcoolique, la paralysie générale règne en maîtresse et multiplie sans cesse le nombre de ses victimes là où l'existence est tourmentée, fébrile, agitée, faite de luttes ardentes pour la conquête hâtive de la fortune ou de la renommée, pour la satisfaction de toutes les ambitions, là, enfin, où le surmenage cérébro-spinal vient créer des besoins nouveaux et fait rechercher l'emploi de stimulants qui doivent tenir en haleine, stimulants, au premier rang desquels est l'alcool donnant par l'excitation qu'il développe l'illusion de la force.

C'est d'après de telles données qu'on a pu dire avec quelque apparence de raison, que le développement de la folie est en raison directe du degré de civilisation d'un peuple, bien que ce soit, là, déplacer quelque peu ce mot de son sens véritable, l'intensité des échanges sociaux et de l'activité humaine n'étant point forcément synonyme de civilisation qui est le perfectionnement de l'éducation morale d'une nation, le développement progressif des facultés sociales des individus qui la composent.

Je disais au début : « Oui, la folie augmente, mais où, pourquoi et comment? » Eh bien, il me semble qu'il est possible de donner une réponse valable à cette interrogation.

La statistique le prouve, c'est à l'alcoolisme d'abord et à la para-

lysie générale ensuite qu'il convient d'attribuer le fait de cet accroissement rapide de l'aliénation mentale dans ces dernières années, car le chiffre des vésanies reste stationnaire.

En donnant plus haut le bilan de la folie alcoolique, je n'ai pas entendu limiter au nombre des malades internés avec l'étiquette : « *Délire alcoolique, alcoolisme subaigu, alcoolisme chronique* » et qui seuls cependant figurent à ce chapitre, la responsabilité de l'alcool dans le développement des troubles de l'intelligence. Cette responsabilité s'étend évidemment bien plus loin. Sans parler des conséquences dégénératives engendrées par l'alcoolisme des ascendants, que de cerveaux primitivement faibles lui doivent l'appoint d'excitation, grâce auquel s'est développé un délire ou ont éclaté des affections cérébrales que leur symptomatologie spéciale fait classer dans des groupes nosologiques déterminés !

Combien de fois n'arrive-t-il pas de surprendre cette complicité de l'alcool sur le fait ! Et, quand on dresse le tableau des méfaits de l'alcool, dans cette étiologie générale, comment ne s'arrêterait-on pas à ce tableau comparatif de la progression de la folie alcoolique et de l'encéphalite interstitielle diffuse ! J'ai cru devoir superposer dans la planche VI les tracés de l'une et de l'autre, afin de mieux faire saisir la solidarité qui donne à leur progression une allure presque absolument uniforme. On voit les coordonnées des deux courbes offrir une sorte de parallélisme, s'élever et s'abaisser à des époques contemporaines. Les deux affections, au point de vue de leur fréquence relative, marchent de concert, participant aux mêmes oscillations et témoignant, par cette uniformité d'allure, d'une dépendance bien significative. S'il est vrai qu'il puisse y avoir dans cette simultanéité la traduction des influences d'un même milieu, il semble bien aussi qu'il faille faire intervenir l'action directe de l'alcoolisme sur la fréquence corrélative de la paralysie générale.

Je crois que le graphique dont je viens de parler peut ajouter à nos notions sur l'étiologie de la paralysie générale. Je suis de ceux qui pensent que l'intoxication alcoolique est le facteur pathogénique le plus puissant de l'encéphalite interstitielle diffuse. Déjà, en 1885, [1] à propos de la statistique de l'Infirmerie spéciale, j'ai pris soin de faire remarquer cette étroite solidarité, en notant, pour l'alcoolisme, des oscillations de fréquence qui se répercutaient fidèlement sur l'allure de la paralysie générale.

(1) Planès, loc. cit.

Ainsi, Messieurs, en laissant parler les chiffres avec leur brutale clarté, nous voyons la folie alcoolique former aujourd'hui, à elle seule, près du tiers des cas d'aliénation mentale observés à l'Infirmerie spéciale, puisque, en 1888, la proportion a été, en compte rond, de 30 p. 100. De plus, après avoir noté son rôle provocateur dans l'explosion de diverses modalités délirantes chez les prédisposés, nous découvrons, à l'aide de signes peu douteux, son action sur le développement de la paralysie générale dont la fréquence paraît se subordonner étroitement au degré de fréquence des cas d'alcoolisme. De telle sorte qu'il suffit de regarder à *l'étiage de la montée alcoolique*, passez-moi l'expression, pour prévoir une indication correspondante à l'échelle de fréquence de la paralysie générale.

De tels résultats ne sont assurément pas de nature à démontrer que les faibles digues opposées, jusqu'à présent, à ce flot montant de l'alcoolisme aient eu une utilité bien réelle. Le péril apparaît plus grand que jamais et la marche envahissante de l'alcoolisme, dédaigneuse des frêles obstacles qu'on lui oppose, poursuit imperturbablement son cours.

Il ne faut pas cesser de le dire : des mesures plus résolument préservatrices sont attendues par tous ceux que préoccupent et qu'effraient, à bon droit, les ravages causés par cette intoxication. On a comparé souvent les effets désastreux qu'exerce l'alcool, comme poison ethnique, à ceux qu'engendre l'abus de l'opium chez les Asiatiques. Pour celui qui peut suivre de près les conséquences de cet empoisonnement, dans une ville comme Paris, cette comparaison ne peut paraître une exagération de ses méfaits.

Parmi les moyens susceptibles de conjurer le danger, il en est un qui m'avait toujours semblé offrir d'assez sérieures chances d'efficacité, je veux parler de la diminution du nombre des débits de boissons alcooliques.

On a cependant cité, à cet égard, des expériences qui ne sont pas toutes encourageantes. Dans certains pays, on n'aurait rien obtenu par cette mesure restrictive. J'avoue ma grande surprise et je ne puis me résoudre à croire à son inefficacité. Il faudrait donc supposer que la facilité et la multiplicité des occasions de boire ne jouent aucun rôle dans le développement de l'alcoolisme. Cela ne me paraît pas possible. Si l'on se base sur ce que l'on observe à Paris — et il me semble qu'ailleurs les constatations doivent être à peu près analogues — on peut hardiment affirmer que l'alcoolisme à domicile est relativement rare. C'est aux

abords du comptoir du marchand de vin que l'ouvrier de nos grandes villes s'intoxique avec l'entraînement de la malsaine camaraderie d'estaminet. Je suis convaincu que, dans l'empoisonnement par l'alcool, une bien petite part est à faire à cette préméditation qui réunirait des buveurs au domicile de l'un d'eux et créerait une sorte d'alcoolisme en chambre. La provocation à boire s'établit, avant tout, au dehors, d'individu à individu, et la sollicitation est le plus souvent en raison directe du nombre des occasions qui s'offrent, c'est-à-dire de la multiplicité des débits de boissons.

En France, le nombre de ces débits de boissons a augmenté dans des proportions considérables depuis la loi du 7 juillet 1880, qui permet d'ouvrir un débit sur la simple déclaration et en dehors des garanties qu'exigeait la loi du 29 décembre 1850. Or, c'est principalement depuis ces dernières années que la folie alcoolique multiplie ses ravages.

Pour expliquer l'attitude des pouvoirs publics, on fait valoir que l'État doit sa protection à une industrie nationale ; mais s'il est démontré, et je crois que cette démonstration n'est plus à faire, qu'une telle industrie est effroyablement pernicieuse pour la vitalité d'un pays, n'est-il pas vrai qu'elle perd, par là même, ses droits à ce bienveillant appui ? En face du péril toujours grandissant, les scrupules devraient s'apaiser, dans l'intérêt supérieur de la morale et de la santé publiques.

CONCLUSIONS

I. La statistique démontre que le nombre des aliénés, à Paris, s'est accru, en ces dernières années, dans de fortes proportions, la fréquence de la folie ayant augmenté, de 1872 à 1888, de 30 p. 100 environ.

II. L'aliénation mentale est plus commune chez l'homme que chez la femme (H. 55,61 p. 100. — F. 44,38 p. 100 — statistique générale de la préfecture de police).

III. Le rapport d'accroissement de la folie, pour les deux sexes, dans la période triennale 1886-1888, se traduit ainsi : H. 59,35 p. 100 ; F. 40,64 p. 100.

IV. La folie considérée dans l'ensemble de ses modalités et envisagée sous le rapport de son mouvement mensuel, atteint régulièrement, chaque année, son maximum de fréquence en juin

et semble être favorisée dans ses manifestations extérieures ou le développement des périodes d'accès, aussi bien chez l'homme que chez la femme, *par une influence saisonnière vernale.*

V. L'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années est, avant tout, le fait de deux types morbides, dont la fréquence est en très rapide progression : *la folie alcoolique et la paralysie générale.* Les psychoses essentielles, comme la manie, la mélancolie, le délire chronique ou *psychose systématique progressive,* restent à peu près stationnaires et sont, en général, deux fois plus communes chez la femme que chez l'homme.

VI. La progression de la folie alcoolique est à ce point rapide que sa fréquence est aujourd'hui *deux fois plus grande* qu'il y a quinze ans et que les séquestrations dont elle est responsable ont augmenté de 25 p. 100, dans le cours de cette dernière période triennale (1886-1888).

Elle forme, aujourd'hui, à elle seule près *du tiers* des cas d'aliénation mentale observés à l'Infirmerie spéciale.

VII. La femme a sa participation proportionnelle dans cette augmentation et cette participation tend à devenir de plus en plus considérable. Représentée, il y a quinze ans, par un *sixième,* elle est aujourd'hui d'un *cinquième.*

VIII. La folie alcoolique est soumise, dans son degré de fréquence, à de fortes variations mensuelles. Ce n'est pas à l'époque des mois les plus chauds qu'elle atteint ses plus hauts chiffres. Sa recrudescence paraît se rapporter à une *influence saisonnière vernale,* le trimestre du printemps étant le plus chargé, *avec maximum mensuel* en juin.

IX. L'observation des modalités délirantes de l'alcoolisme prouve que les réactions qui se développent sous son influence sont, de jour en jour, plus violentes, plus attentatoires à la vie des personnes, conséquences qu'il est légitime d'attribuer à la toxicité des alcools d'industrie actuellement en usage.

X. La paralysie générale qui est, avec la folie alcoolique, la forme morbide dont l'accroissement est le plus accéléré, figure pour 12,27 p. 100 dans le total des malades examinés au Dépôt. En quinze ans sa fréquence a plus que doublé.

XI. Elle tend à devenir proportionnellement plus commune qu'autrefois chez la femme : le rapport qui était, il y a quinze ans : — H. 79,60 p. 100. — F. 21,39 p. 100, est aujourd'hui : Hommes 71,17 p. 100. — F. 28,82 p. 100.

XII. Comme l'aliénation mentale en général, comme la folie alcoolique, mais plus encore que toute autre forme morbide, la paralysie générale est plus commune au printemps. Sa recrudescence se place en *mai* et *est très nettement vernale.*

XIII. La comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de la folie alcoolique et de la paralysie générale, établit que leur progression si rapide est nettement corrélative. Dans la solidarité de leur marche envahissante paraît clairement se traduire l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle diffuse. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Ball. — Je ne crois pas qu'on soit autorisé à dire, en s'appuyant sur la statistique, que l'augmentation du nombre des paralytiques généraux est la conséquence des progrès de l'alcoolisme. De ce que depuis quelques années la paralysie générale et l'alcoolisme se sont accrus dans des proportions à peu près identiques, il ne s'ensuit pas forcément que la première de ces deux maladies soit engendrée par l'autre. La comparaison de l'accroissement des chiffres de ces deux maladies n'autorise pas une semblable déduction. Il ne faut pas croire, comme on le fait assez généralement, que la statistique puisse résoudre tous les problèmes ; il lui arrive même quelquefois de les rendre plus obscurs. Il ne me serait, du reste, pas difficile d'invoquer des chiffres qui seraient en complète contradiction avec ceux de M. Garnier. Ainsi, il y a deux départements en France, le Finistère et le Calvados, où l'alcoolisme règne en souverain maître, et cependant la paralysie générale y est presque inconnue. La même remarque s'applique à l'Écosse et à l'Irlande. Au contraire, en Angleterre où l'alcoolisme est beaucoup moins répandu, les paralytiques généraux sont assez nombreux.

En Suède, le pays par excellence de l'alcoolisme, la paralysie générale est inconnue. On ne peut donc pas soutenir que cette maladie dérive de l'alcoolisme et seulement de l'alcoolisme. Le rôle de l'alcoolisme dans la genèse des maladies est en général assez considérable, sans que nous y ajoutions celles dont il est innocent. De ce nombre est la paralysie générale ; ce qui le prouve d'ailleurs, c'est la divergence d'opinions sur son étiologie. A côté de ceux qui l'attribuent à l'alcoolisme, il en est d'autres qui invoquent la syphi-

lis, l'arthritisme, le surmenage, etc. La multiplicité de ces causes est la meilleure preuve de l'ignorance où nous sommes encore à cet égard, et je ne crois pas, je le répète, que les chiffres invoqués par M. Garnier soient de nature à dissiper cette obscurité.

M. Charpentier. — Je veux bien reconnaître que l'élimination, surtout sudorale, de l'alcool moindre au printemps que pendant l'été est une interprétation assez ingénieuse pour expliquer la recrudescence des cas de folie alcoolique pendant la première de ces deux saisons. Mais je me demande si cette cause joue un rôle bien réel.

M. Régis. — La statistique de M. Garnier est contestable dans une certaine mesure ; elle a été dressée à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police, et tout le monde sait que les conditions dans lesquelles s'y présentent les malades, permettent rarement de porter un diagnostic irrévocable.

M. Taguet. — En Bretagne, pays d'ivrognes, s'il en fût, il n'y a ni folie alcoolique ni paralysie générale.

M. Rey. — A Marseille, il y a peu d'alcooliques à l'asile d'aliénés (15 p. 100) ; l'alcoolisme n'y revêt pas les caractères qu'il revêt à Paris, on ne constate notamment pas de période suraiguë, les attaques épileptiformes y sont rares. La paralysie générale atteint la proportion de 28 p. 100 ; la vie industrielle et les inquiétudes sociales sont les facteurs de cette affection.

M. Lapointe. — Je puis dire, en ce qui concerne le département de la Mayenne, que la paralysie générale y est très rare, alors que l'ivrognerie et l'alcoolisme y sont très développés.

M. Rouillard. — Si la proportion des femmes atteintes d'aliénation a été trouvée moindre par M. Garnier, c'est peut-être parce qu'on traite plus volontiers, et cela pour des raisons multiples et faciles à concevoir, les femmes que les hommes à domicile.

M. Semal. — La statistique semble parfois absurde, alors qu'elle traduit souvent, quoi qu'en dise M. Ball, des vérités dont il convient de rechercher la cause par l'analyse. Ainsi, en Angleterre, on avait remarqué que depuis l'instruction obligatoire, les bateaux de charbon prenaient plus souvent feu ; c'est que les enfants, jusqu'alors chargés du triage du charbon, étaient maintenant envoyés à l'école.

C'est une erreur de croire, comme l'a dit aussi M. Ball, que l'al-

coolisme soit très répandu en Suède et en Norwège. Depuis la nouvelle loi fiscale qui a surélevé les droits sur l'alcool, l'ivrognerie a presque complètement disparu de ce pays ; il n'est donc pas surprenant qu'on n'y rencontre que peu ou même pas de paralytiques généraux.

M. Doutrebente. — Je ne sais pas ce qui aujourd'hui se passe en Suède, puisque je sais que dans ce pays, un ancien fabricant d'alcool, ayant peut-être le regret d'avoir contribué à l'intoxication de ses compatriotes, avait contribué largement à permettre à la société de tempérance de faire des expériences pour expérimenter les ravages produits par l'alcool sur des animaux ; mais ce que je sais, c'est que depuis bien des années, le professeur de psychiatrie d'Upsal, M. Kjellberg, a le premier avancé ce fait que toujours les malades, atteints de paralysie générale, étaient d'anciens syphilitiques. Cette opinion, qui longtemps a paru exagérée, démontre bien qu'il n'attachait aucune importance à l'alcoolisme dans la production de la paralysie générale. Nous ajouterons enfin que pendant cette séance MM. Taguet, Rey et Lapointe, nos collègues, sont venus dire : nous avons dans nos départements beaucoup d'ivrognes et peu ou pas de paralysés généraux.

M. Paul Garnier. — Je ferai d'abord remarquer à M. Ball que je ne me suis pas borné à incriminer l'alcoolisme dans la production de la paralysie générale; j'ai mentionné d'autres causes, le surmenage intellectuel et physique, les excès vénériens, et, en général, les conditions de l'existence humaine au sein des grandes agglomérations. J'ai si bien visé ce concours de plusieurs facteurs et non pas seulement l'alcoolisme, que j'ai cru devoir dénommer la paralysie générale : une folie urbaine, qualification qui traduit bien sa pathogénie complexe et spéciale à la fois.

Mais, amené à commenter la signification des chiffres que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre, je devais, me semble-t-il, traduire l'impression que cause la marche solidaire et parallèle de la folie alcoolique et de la paralysie générale : en examinant les courbes que j'ai placées sous vos yeux, il est impossible de n'être pas frappé d'une certaine corrélation dans la progression de ces deux variétés de folie.

Quant à l'observation qui m'a été faite par M. Régis, je me permettrai de lui faire remarquer qu'elle n'a pas toute la portée qu'il semble lui attacher. Il peut être vrai que le diagnostic établi à l'Infirmerie spéciale soit parfois sujet à revision, les malades

ne séjournant pas longtemps dans le service. Mais je crois pouvoir affirmer que ces cas où le diagnostic doit être réservé ne sont pas assez nombreux pour modifier en quoi que ce soit la statistique générale. Que M. Régis veuille bien réfléchir, au surplus, que les conditions dont il parle ont toujours existé à l'Infirmerie spéciale. Il faut par conséquent admettre que mes chiffres ont une valeur comparative, puisque je les oppose à ceux recueillis autrefois dans des conditions identiques. Toutes choses égales, d'ailleurs, il convient donc de tenir compte de l'augmentation si rapide que ma statistique relève.

M. Ball. — En somme, ce qu'il faut incriminer c'est la multiplicité des causes des folies que notre collègue appelle des *folies urbaines*.

Sous cette réserve, je ne demande pas mieux de considérer le travail de M. Garnier comme un document utile à consulter.

M. le Président. — Le parole est à MM. Bourneville et Sollier pour leur communication.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PORENCÉPHALIE ET DE LA PSEUDO-PORENCÉPHALIE

MM. Bourneville, *médecin de Bicêtre*, et P. Sollier, *interne des hôpitaux*. — En nous appuyant sur les travaux que nous avons poursuivis depuis une quinzaine d'années, soit à la Salpêtrière, soit à Bicêtre, et sur les mémoires ou les notes qui ont été publiés durant la même période sur l'*idiotie*, nous sommes amené à distinguer quant à présent, au point de vue anatomo-pathologique, les formes suivantes :

1° Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie (*idiotie hydrocéphalique*) ;

2° Idiotie symptomatique de microcéphalie (*idiotie microcéphalique*) ;

3° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions ;

4° Idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau (*porencéphalie, absence du corps calleux, etc.*) ;

5° Idiotie symptomatique de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse* ;

6° Idiotie symptomatique de *sclérose atrophique* : *a*) Sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères ; *b*) Sclérose d'un lobe

du cerveau; *c*) Sclérose des circonvolutions isolées; *d*) Sclérose chagrinée du cerveau (?);

7° Idiotie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chronique (*idiotie méningitique*);

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse*, liée à l'*absence de la glande thyroïde*.

Notre but aujourd'hui est d'appeler l'attention des membres du Congrès, en premier lieu, avec notre ancien interne, M. P. Sollier, sur l'une des variétés de l'*idiotie symptomatique d'une malformation congénitale*, celle qui reconnaît pour cause la *porencéphalie;* et, en second lieu, avec M. Camescasse, notre interne actuel, sur l'*idiotie microcéphalique*.

Parmi les nombreuses lésions ou arrêts de développement qu'on rencontre chez les idiots, il est une forme peu commune, dont l'histoire renferme encore bien des lacunes, surtout au point de vue pathogénique : c'est la *porencéphalie*. Notre intention n'est pas d'en refaire ici l'histoire, pas plus au point de vue anatomo-pathologique que clinique. Cette histoire a été faite d'une façon remarquable par Kundrat dans un mémoire assez complet pour ne laisser guère à insister que sur des particularités et des détails. Depuis son travail on n'a guère fait que publier de nouvelles observations confirmatives de sa description et M. Audry (de Lyon) a rassemblé récemment dans une excellente revue tout ce qu'on sait sur ce sujet en apportant lui-même quelques nouveaux cas[1]. Nous voulons simplement rapporter ici quatre nouvelles observations personnelles, avec photographies à l'appui, recueillies depuis 1883 dans le service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, et en tirer les quelques considérations qu'elles comportent.

On comprend aujourd'hui sous le nom de *porencéphalie* toutes les pertes de substance étendues de l'hémisphère; il suffit qu'il y ait disparition d'un certain nombre de circonvolutions, une cavité plus ou moins profonde dans l'hémisphère, pour qu'il y ait porencéphalie. Heschl, au contraire, qui a créé ce terme, ne considérait que les pertes de substance qui pénétraient jusqu'au ventricule latéral.

Nous pensons qu'on doit revenir à cette conception et qu'on ne saurait comparer entre elles deux lésions aussi dissemblables

(1) *Revue de médecine*, 1888.

qu'un arrêt de développement et une perte de substance consécutive à un processus nécrobiotique quelconque. Il y a donc lieu, croyons-nous, d'admettre deux sortes de porencéphalie ; si l'on tient à conserver ce terme pour les pertes de substance par ramollissement ou autre cause, c'est de désigner celles qui résultent d'un arrêt de développement sous le nom de *porencéphalie vraie* et celles qui sont consécutives à un processus destructif sous le nom de *pseudo-porencéphalie.*

Nos quatre cas sont assez démonstratifs à cet égard. Dans le premier, la maladie est certainement congénitale. — L'enfant était idiot dès sa naissance et l'a toujours été complètement. Il avait une hernie ombilicale et une hernie inguinale, manifestations d'un arrêt de développement général. La porencéphalie siégeait à droite seulement, et il y avait un orifice de communication avec le ventricule latéral, dans lequel plongeaient les circonvolutions, ainsi que Kundrat l'a fait remarquer pour les porencéphalies congénitales.

Dans le second cas la porencéphalie est double. Malheureusement nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels du malade. Nous avons encore affaire ici à la *porencéphalie vraie congénitale*, et les dépressions, les porus, communiquent avec le ventricule latéral de chaque côté. L'enfant était un idiot complet, sans complication d'épilepsie non plus que le premier.

La troisième observation concerne un enfant hémiplégique, idiot et non épileptique, sur lequel nous manquons aussi de renseignements. Les circonvolutions disparues sont remplacées par un *pseudo-kyste* et sont coupées à pic en certains points comme par un processus destructif. Une membrane fibreuse tapisse le fond de la dépression et lui adhère d'une façon intime. En aucun point la poche, qui siège à gauche, ne communique avec le ventricule latéral.

Enfin dans notre dernier cas qui paraît calqué sur le précédent sous le rapport anatomo-pathologique, nous nous trouvons en présence d'une pseudo-porencéphalie gauche sous forme d'un *pseudo-kyste* ne communiquant pas avec le ventricule latéral, et occupant, comme le précédent, presque tout le territoire de la sylvienne. L'enfant qui en était porteur était atteint d'imbécillité et d'épilepsie. Les convulsions se présentèrent dès la naissance, mais ce n'est qu'à quatre mois qu'on s'aperçut de son hémiplégie droite.

Dans ces deux derniers cas, il y avait une inégalité manifeste des hémisphères, ce qu'on observe à un moindre degré dans la porencéphalie vraie. En outre, on remarque que c'est tout le territoire de la sylvienne qui est atteint, ce qui permet de supposer que c'est très vraisemblablement à un trouble circulatoire qu'il faut attribuer la pseudo-porencéphalie, ce trouble se produisant de préférence à gauche, ce qui est l'ordinaire. Quant aux troubles physiques observés, quoique la lésion soit à peu près la même dans les deux cas, et soit même plus étendue dans le dernier, nous observons des phénomènes bien différents : dans le premier l'idiotie complète, sans épilepsie, avec hémiplégie droite et contracture; dans le second l'imbécillité, avec épilepsie et hémiplégie droite compliquée de contracture, mais sans troubles de la parole quoique la 3e frontale soit fortement endommagée.

Observation I. — Porencéphalie vraie, congénitale, simple

Sommaire. — Idiotie complète, idiopathique. Mère chétive lors de la conception. Chagrins pendant la grossesse. Parole et marche nulles. Gâtisme. Convulsions répétées depuis l'âge de huit mois, plus prononcées à droite. Introduction d'aliments dans les voies aériennes. Mort. Autopsie : porencéphalie simple.

Saint-Arn. . . Jean-Alfred, six ans, est entré le 30 juillet 1883 à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 5 octobre 1883.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, trente-trois ans, plumassier, grand, fort, bien portant; pas d'excès de boisson ni de tabac; pas de migraines ni d'affections cutanées. Marié à vingt-six ans, après avoir été soldat; ne paraît pas avoir eu d'affection vénérienne. Il aurait eu des *convulsions* dans l'enfance sur lesquelles on n'a pas de détails. — [*Père*, bien portant; sobre. — *Mère*, morte à vingt-trois ans on ne sait de quoi. — *Grand-père paternel*, mort d'accident à vingt-six ans. — *Grand'mère paternelle*, morte très âgée, en enfance. — *Grands parents maternels*, pas de détails. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de suicidés, de criminels, etc., dans la famille.]

Mère, vingt-cinq ans, plumassière, bien portante, intelligente. Douleurs rhumatismales; pas de migraines ni de maladies de peau. Pas de convulsions dans l'enfance. Assez impressionnable; pleure facilement. Pas d'attaques ni de syncopes. Formée à dix-huit ans. Mariée à dix-huit ans et demi. — [*Père*, bien portant, solide, sobre. — *Mère*, bien portante, pas nerveuse, sobre. — *Grand-père paternel*, très fort, surnommé « l'hercule », mort usé par la *boisson* à soixante-trois ans. — *Grand'mère paternelle*, morte très âgée d' « usure » ; 13 enfants. — *Grand-père paternel*, forgeron, mort à soixante-treize ans, on ne sait de quoi, non paralysé. — *Grand'mère maternelle*, morte peu âgée, de cause inconnue. — *3 sœurs*, très bien por-

tantes, sans attaques de nerfs, ont des enfants très bien portants. — *Cousine germaine*, 5 ou 6 accès d'épilepsie vers l'âge de quinze ans. — *Oncle paternel* un peu imbécile, n'a marché qu'à trois ans ; boiteux de naissance ; a cependant des enfants intelligents. — Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de huit ans. — Un enfant, notre malade, et une fausse couche à deux mois.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, la mère était chétive quoique assez bien portante. Elle était triste, tourmentée ; se mettait en colère, pleurait. — *Grossesse* accidentée par des chagrins ; pas de coups, ni de chute, ni d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance. — Élevé au sein par sa mère jusqu'à trois mois, puis au biberon. Jamais il n'a été comme les autres enfants ; il laissait pencher sa tête, il ne fixait rien ; il n'écoutait rien ; il riait niaisement ; cependant il était jaloux, pleurait quand sa mère caressait un autre enfant. Il n'a jamais parlé ni marché. A toujours été gâteux ; bave abondamment, suce son pouce droit. Pas de balancement. Il rit parfois aux éclats, a des accès de colère. — Première dent à treize mois ; les autres dents ont poussé en huit mois. — A trois ans, *premières convulsions*, légères, occupant tout le corps et suivies de grincements de dents qui persistent encore. Secondes convulsions un mois après, qui durèrent deux ou trois minutes. Quatre mois après, troisièmes convulsions, de même durée, intéressant surtout le côté droit. Depuis lors jusqu'à il y a cinq mois, il en a eu trois ou quatre fois par an, et toujours siégeant presque exclusivement à droite.

Il ne sait pas se servir de ses mains et il faut le faire manger. Il aime la musique, le sifflet du chemin de fer et à faire du bruit. Il n'a eu aucune maladie. A la naissance, il avait une hernie ombilicale et une hernie inguinale droite. Pas de croûtes dans les cheveux, ni ophtalmie, ni otite, ni dartres, etc. Pas d'onanisme.

État actuel (4 octobre). — *Tête* à peu près ronde ; aplatissement de la moitié droite de l'occipital, surtout dans sa partie supérieure ; les régions pariétales sont arrondies et paraissent symétriques. Le *front* est assez haut, la bosse frontale droite est saillante, la gauche un peu déprimée. Légère dépression sus-sourcilière. Cils très longs, noirs. Pas de strabisme ; un peu de nystagmus ; iris bleus, pupilles dilatées. — *Nez* aquilin. Léger prognathisme. Bouche grande, lèvre supérieure mince, l'inférieure grosse. — Grincement de dents habituel. Oreilles régulières, bien ourlées ; lobules à demi détachés. — Cheveux blonds, fins ; sourcils blonds assez abondants. Pas de malformation des membres.

Mastication nulle. Rien de particulier dans la dentition, ni dentelures, ni érosions, etc. Pas de bave, pas de succion.

Déglutition difficile. Il avale mieux quand il est couché et qu'on lui met les aliments dans le fond de la gorge ; il ne prend d'ailleurs que des aliments liquides ou semi-liquides. Pas de vomissements, pas de rumination. Léger ballonnement du ventre. Selles normales. Balancement latéral de la tête. Pas de chantonnement, pas de cris. — Il ne pleure pas ; parfois de petites plaintes. Pas de vertiges. — Il ne paraît pas savoir se servir de ses

mains. Tel qu'on le pose sur son lit, il reste. Il ne marche pas. — *Organes génitaux* bien conformés. — Gland découvrable. — Il garde le lit depuis un mois à cause d'une bronchite. Amaigrissement considérable. — La poitrine est large mais déprimée dans sa partie moyenne. Pas de déviation de la colonne vertébrale.

5 octobre. — Une demi-heure après son repas, il est pris de dyspnée extrême; emphysème généralisé à la tête, au cou, au tronc et aux membres supérieurs. La cyanose va en augmentant, la respiration est de plus en plus pénible et il meurt quatre heures après.

Autopsie (6 octobre). — Emphysème sous-cutané très appréciable encore. Le tissu cellulaire rétro-sternal est également insufflé. — *Péricarde* normal. — *Cœur* normal, vide de caillots à gauche, distendu à droite (60 gr.). — *Cavités pleurales* libres d'adhérences, sans liquide. — *Hile pulmonaire* très emphysémateux. Peu d'emphysème pulmonaire interstitiel cependant, sauf autour des grosses bronches. La *trachée* ouverte donne issue à un liquide blanc, mat, légèrement spumeux qui doit être du lait. — *Poumons* volumineux : lobes inférieurs atélectasiés, d'un rouge foncé et crépitant encore un peu. Les bronches contiennent un peu de lait. Les lobes supérieurs des deux côtés sont très volumineux, et le doigt y laisse son empreinte. Ils crépitent bien. On voit encore sourdre du lait des bronches, mais moins que dans les lobes inférieurs. — Le poumon gauche présente une énorme ecchymose sur son bord antérieur. Poumon droit, 130 gr. Poumon gauche, 120 gr.

Péritoine normal. Injection des veines mésentériques et coliques. *Reins* très congestionnés (40 gr.). — *Foie* de coloration très foncée, pas de calcul (400 gr.). — *Rate* normale (30 gr.). — L'*estomac* contient un liquide sirupeux et quelques débris alimentaires. — *Intestin* et vessie, rien de particulier. En somme la *cause de la mort* est due à *l'introduction d'aliments liquides dans les voies aériennes.*

Tête. — Os du crâne minces et durs ; la coupe de la calotte ressemble aux contours d'une rosace. La base est symétrique, sauf la cavité occipitale droite qui est plus petite que la gauche. A l'incision de la dure-mère, qui est saine, il s'écoule environ 60 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Encéphale : 750 grammes. — Artères de la base, chiasma, bandelettes optiques, tubercules mamillaires, pédoncules, protubérance, etc., symétriques. — *Cervelet et isthme*, 130 gr. Hémisphères cérébelleux, normaux, égaux.

Hémisphère gauche. — La *1re frontale,* assez sinueuse, est composée d'un double pli avec des sillons superficiels. Elle s'insère sur la frontale ascendante par deux insertions volumineuses séparées par un simple sillon ; la supérieure fait partie du bord convexe de l'hémisphère ; elle n'envoie aucun pli de passage à la deuxième circonvolution frontale dont elle est séparée par un sillon sinueux et profond. — La *2e frontale* se confond presque complètement à son origine avec la troisième, puis elle en est séparée par un sillon assez profond, et envoie un pli de passage à la 3e ; au-delà elle s'insère par un pli contourné sur la circonvolution frontale ascendante. Tandis que la 1re frontale est arrondie et unie, la 2e

est *chagrinée* par places, plissée, froncée, et dans d'autres a l'aspect presque normal. Les sillons sont rectilignes, superficiels, à bords rectangulaires. — La *3e frontale* est très large, sans plis, avec deux sillons superficiels, plissée dans la plus grande partie de son étendue ; insertion très large sur la frontale ascendante. — La *frontale ascendante* est très irrégulière (4 cent. 1/2 à peine de hauteur) ; sa direction est verticale. Surface un peu plissée. Deux sillons superficiels. — Le *sillon de Rolando* monte à peu près verticalement et est légèrement incurvé à ses extrémités. — En arrière se trouve une masse un peu irrégulière de 3 centimètres de large sur 3 de haut ; puis, répondant à l'extrémité postérieure, on trouve une circonvolution sinueuse qui paraît répondre au lobule pariétal supérieur.

En arrière de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, on voit une *dépression irrégulière*, profonde de 5 à 10 millimètres, de forme elliptique, mesurant 3 millimètres d'avant en arrière et 10 millimètres dans sa plus grande largeur. Les parties de circonvolutions qui forment le fond de cette dépression, sont fusionnées entre elles et nettement séparées des circonvolutions supérieures par un sillon profond dans lequel celles-ci viennent aboutir après s'être en quelque sorte enroulées pour former le bord supérieur de la dépression. — Le pli supérieur est simple et s'arrête avant d'arriver à la pointe occipitale ; le second, plus volumineux, décrit une courbe à concavité supérieure, va jusqu'à la pointe occipitale, se recourbe en bas en s'élargissant, et se termine sur un sillon rectiligne. De sa partie moyenne se détache une bifurcation qui va jusqu'à la pointe occipitale et se recourbe pour faire partie du bord occipito-temporal de l'hémisphère. Le troisième se bifurque, envoie un pli qui s'arrête brusquement sur la terminaison de la bifurcation du second pli dont il vient d'être parlé ; l'autre branche de bifurcation descend presque verticalement sur le bord inférieur de l'hémisphère. C'est sur lui que vient en quelque sorte s'appliquer le lobe temporal que l'on peut considérer à part. L'ensemble de ces trois plis, sauf de la dernière bifurcation, est à peu près normal : les sillons qui les séparent sont superficiels.

Le *lobe temporal* se compose : 1° d'une circonvolution ovoïde dans sa moitié antérieure, où elle a une largeur maximum de 17 millimètres et une longueur de 4 à 4 cent. 1/2 ; puis elle se termine en une sorte de queue sinueuse qui vient s'infléchir pour border le bord inférieur de l'extrémité antérieure de la dépression ombiliquée. Cette dernière partie est ridée. De la pointe du lobe temporal part une autre circonvolution qui va horizontalement d'avant en arrière jusqu'à l'extrémité inférieure du troisième pli de la masse occipitale ; elle constitue le bord inférieur du lobe temporal. Entre cette circonvolution, qui est probablement la troisième circonvolution temporale, et la première, existe un *espace triangulaire* qui est comblé par une circonvolution épaisse, *chagrinée*, qui se termine au-dessous de la queue de la première circonvolution temporale pour constituer la partie moyenne du bord inférieur de la *dépression ombiliquée.*

Le *lobule de l'insula* présente trois digitations dont les deux antérieures sont bifurquées.

Face interne. — La première circonvolution frontale est nettement dessinée et présente plusieurs sillons tout à fait superficiels. Le lobe pariétal

qui se confond en avant avec la première circonvolution frontale, est très irrégulier, comme tortillé. La scissure calloso-marginale, nette, peu profonde, est composée de bords rectilignes. — La *corne d'Ammon* ne présente aucun pli. — Le *lobe quadrilatère* est volumineux et composé de plis peu sinueux, séparés par des sillons superficiels. — La *scissure pariéto-occipitale* est assez profonde, mais très étroite. — *Cuneus* petit.

La *scissure calcarine* est peu profonde et étroite. — La *scissure de l'hippocampe*, unie, se termine un peu en massue. — Le *ventricule latéral* n'est nullement dilaté ; il est plutôt étroit. — La *couche optique* et le *corps strié* paraissent réguliers.

Hémisphère droit. — L'une des photographies représente la face convexe avant l'enlèvement de la pie-mère. Elle montre également le cercle formé par le retrait de l'arachnoïde qui comblait le cratère dont nous allons parler. En détachant la pie-mère, on s'aperçoit qu'au niveau de l'extrémité postérieure du cratère, elle se replie dans l'intérieur de la cavité et semble se confondre avec la membrane de cette cavité. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que l'insula est complètement découvert, qu'au-dessus de son extrémité postérieure existe une dépression irrégulière, et qu'au-dessus de celle-ci et de la dernière digitation de l'insula existe un orifice elliptique mesurant 3 centimètres dans sa plus grande longueur d'arrière en avant, et un centimètre de largeur. Cette cavité répond à la corne temporale du ventricule latéral.

La *1re frontale*, volumineuse, est composée de plis transversaux à son origine, ensuite de deux plis antéro-postérieurs d'abord séparés par un sillon superficiel, puis en quelque sorte soudés. Le dernier de ces plis, qui répond à la *2e frontale* est séparé en masses quadrilatères par des sillons tout à fait superficiels et ces masses sont ridées. F^1 envoie à son origine un pli de passage à la 3e. Elle est ridée en arrière. La *3e frontale*, volumineuse, lisse à son origine, plissée ensuite, vient se confondre complètement avec la masse de la circonvolution frontale ascendante et pariétale ascendante. Son bord inférieur est comme refoulé au bout, laissant ainsi à découvert le lobule de l'insula.

La masse de la frontale et de la pariétale ascendantes est irrégulière, séparée par un sillon presque rectiligne, seulement dans son tiers supérieur. Dans leur moitié inférieure ces circonvolutions limitent la paroi antérieure de la dépression que nous avons signalée au-dessus du lobule de l'insula.

En arrière des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes existe un sillon, en arrière duquel on trouve : 1° le long du bord supérieur de l'hémisphère une masse quadrangulaire ; 2° au-dessous d'elle, une masse allongée descendant jusqu'au bord inférieur de l'hémisphère où elle reçoit en avant le lobe temporal ; 3° en arrière de ces deux masses, une masse triangulaire répondant au lobe occipital.

Le bord inférieur de la première est assez net et limite en avant le cratère que nous avons décrit au-dessus et en arrière de l'insula. Le bord antérieur de la seconde limite la partie postérieure de la perforation. Ces différentes masses sont plissées par places et parcourues par des sillons qui les subdivisent.

Le *lobe temporal* se compose d'une masse ovoïde, séparée en avant et in-

complètement par un sillon longitudinal de ce qui paraît être la circonvolution de l'hippocampe. Il présente quelques plis transversaux superficiels. Son bord supérieur limite en bas la perforation. Ce bord est constitué par une sorte de bourrelet de deux centimètres de diamètre.

Le *lobule de l'insula* est complètement à découvert, irrégulier, et offre quatre digitations : la première très courte ; — la deuxième assez longue, bifurquée ; — la troisième très irrégulière avec une bifurcation incomplète ; — la dernière, postérieure, est la plus large. C'est au-dessus d'elle que commence la dépression située au-dessus de la perforation. Cette digitation, par son bord postérieur, limite la perforation. La dépression dont nous avons décrit les bords, présente dans son fond une sorte de circonvolution qui monte verticalement, puis, au bout de 3 centimètres, se courbe en S pour venir s'insérer à la masse des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Elle est coupée des rides transversales, et, dans sa partie recourbée, est plus blanche et comme mamelonnée. Quant à la perforation elliptique dont nous avons parlé, elle laisse voir dans son fond une masse elliptique, blanche, arrondie, qui va obliquement de bas en haut, de son extrémité antérieure à son extrémité postérieure. En arrière existe une cavité qui paraît faire partie de la corne occipitale du ventricule latéral.

Face interne. — La 1re frontale se compose d'abord d'un pli antéro-postérieur qui, en avant, s'infléchit en hauteur. Elle est doublée dans une longueur de 2 cent. 1/2 par un pli plus petit dont la sépare un sillon assez profond ; l'un et l'autre à leur extrémité supérieure sont séparés du reste de la circonvolution par un pli transversal assez profond. Au-dessus de cette partie, petite masse irrégulièrement quadrilatère de 15 à 20 millimètres, au-dessus de laquelle il y a un nouveau sillon transversal. A partir de là, le long du bord supérieur de l'hémisphère existe une circonvolution qui a 75 millimètres de long, un pli antéro-postérieur en avant assez profond et trois plis transversaux tout à fait superficiels en arrière. Son extrémité postérieure est limitée par le sillon prolongé sur la face externe et que nous avons décrit en arrière de la masse des circonvolutions ascendantes frontale et pariétale. Cette masse longitudinale nous paraît répondre à une partie de la circonvolution frontale ascendante et au lobule paracentral.

Scissure calloso-marginale assez profonde. *Corne d'Ammon* non sinueuse ; elle envoie un pli à l'extrémité postérieure de la masse formée par la 1re frontale et le lobule paracentral. En arrière, on trouve une masse quadrilatère, le lobule quadrilatère, qui présente des plis superficiels dans le sens de la hauteur.

Le *sillon pariéto-occipital* est profond. *Cuneus* en partie confondu avec le lobe occipital, de telle sorte que la scissure calcarine est incomplète. Les plis qui composent le cuneus et le lobe occipital sont très sinueux et se replient pour converger vers le même point, formant ainsi une sorte de tourbillon. Un sillon assez creux sépare en avant le lobe occipital de la partie postérieure du lobe temporal.

La *circonvolution de l'hippocampe* est en partie confondue, comme nous l'avons vu, avec la 4e temporale. La partie antérieure, répondant à la corne d'Ammon, forme une masse arrondie, uniforme.

La *couche optique* semble assez régulière. La cloison cache en grande partie le ventricule latéral. Il faut l'enlever pour voir ce ventricule, le corps strié et la face interne de la perforation qui répond en avant à la corne temporale du ventricule latéral.

Il est très difficile, en se basant sur les renseignements qui nous ont été donnés, tant sur les antécédents du père et de la mère que sur la grossesse, de trouver une cause plausible de l'arrêt de développement.

Observation II. — Porencéphalie vraie, congénitale, double

Sommaire. — Idiotie complète. Autopsie : Broncho-pneumomie. Double porencéphalie. Thrombose double des veines méningées. Congestion méningée surtout prononcée à droite. Atrophie protubérantielle. Atrophie cérébelleuse plus prononcée à droite. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.

Pot.... Ernest, cinq ans, entré à Bicêtre le 11 août 1883 (service de M. Bourneville), est décédé le 16 janvier 1884.

État actuel. — Bosse pariétale gauche plus saillante que la droite. La partie postérieure gauche de l'occiput est également plus saillante. Pavillon de l'oreille normal. — *Front et nez* bien proportionnés. Les bosses frontales ne font aucune saillie et le nez se continue directement avec le front. Rien de particulier aux arcades sourcilières. Bouche large de 4 centimètres, continuellement ouverte. Pas d'asymétrie faciale. Voûte palatine aplatie. Dentition de lait. Prognathisme supérieur très prononcé. Articulation très défectueuse. Tartre dentaire. Gencives ramollies et saignantes.

Crâne.	Diamètre occipito-frontal	15c »
	— sous-occipito-frontal	14 »
	— bi-pariétal	11 3/4
	— bi-orbitaire	8 3/4
	Circonférence	45 »

Membres supérieurs. — Le bras gauche est le long du corps, l'avant-bras fléchi, mais on peut l'étendre. Le poignet jouit de ses mouvements ; les phalanges fléchies ne sont étendues que difficilement, et en déterminant de la douleur. Phalangines et phalangettes fléchies mais libres. Même position du bras et de l'avant-bras droit qui s'étendent moins facilement qu'à gauche. Phalanges fléchies à angle droit, impossibles à redresser. Hanches et genoux fléchis, impossibles à étendre.

Réflexes rotuliens exagérés. Réflexe plantaire conservé. Les 4 membres exécutent des mouvements spontanés, mais en général peu étendus. *Sensibilité* conservée partout. *Testicules* descendus, un peu plus gros qu'un grain de café. La *verge* n'est pas plus développée que celle d'un fœtus à terme. Pas de contractures. Impossibilité de la station assise. L'enfant ne se tient pas sur ses jambes et ne porte rien à sa bouche.

6 septembre. — Éruption varioliforme, guérie le 10.

29 décembre. — L'enfant est pris de fièvre. Il refuse de manger. Dyspnée. Cris plaintifs.

1884. Du 1er au 6 janvier. — Face pâle et fatiguée. Plaintes, agitation. Pupilles égales, modérément dilatées, réagissant bien à la lumière.

Affaiblissement progressif. Diarrhée abondante. Langue sèche et fuligineuse. Pas de vomissements. Respiration gênée. Râles muqueux abondants. Toux fréquente. Fièvre persistante.

8 janvier. — La diarrhée a cessé presque complètement. Respiration encore sifflante. Râles humides moins étendus. Appétit meilleur. Écoulement purulent de l'oreille droite. Amaigrissement progressif. Altération des traits. Face pâle, plombée. Lèvres et langue sèches. Tête très chaude, voix éteinte, toux fréquente.

15 janvier. — La fièvre a toujours persisté aux environs de 39° et 40°. Râles sous-crépitants fixes dans toute la hauteur. Cyanose et maigreur croissantes. Eschares trochantérienne et sacrée. — L'enfant meurt le 16 janvier.

Autopsie le 18 janvier. — Corps très amaigri.

Thorax. — *Péricarde :* Sérosité en quantité normale. — *Cœur :* 15 gr. Pas de lésions valvulaires. — *Poumon gauche :* 100 gr. Broncho-pneumonie du lobe inférieur. — *Poumon droit :* 170 gr. Mêmes lésions occupant tout le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur. Plèvre saine.

Abdomen. — *Rate :* 30 gr., normale, avec une petite rate surnuméraire. — *Reins :* 30 gr. chaque, normaux, un peu congestionnés. — *Foie :* 430 gr., sans lésion ainsi que la *vésicule.* — Légère congestion de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Tête. — *Crâne* mince; bosse frontale gauche moins arrondie que la droite. Fontanelles et sutures fermées. Écoulement peu abondant de liquide céphalo-rachidien. Caillot noir volumineux dans le sinus longitudinal supérieur. La base paraît symétrique.

Dure-mère normale. Congestion très prononcée par places de la *pie-mère* de la convexité. Véritables plaques ecchymotiques, par exemple sur le lobe frontal et au niveau du pli pariétal supérieur droit. — A gauche congestion moins prononcée. — Les veines méningées qui vont vers la scissure de Sylvius droite sont distendues par des caillots blanchâtres en grande partie. *Thrombose* des deux veines méningées qui descendent vers le lobe frontal en suivant le bord supérieur de l'hémisphère. *Thrombose* semblable des veines méningées du lobe occipital. A gauche, *thrombose* d'une veine descendant en avant du pli courbe. — *Pie-mère* de la base normale sans injection, sauf au niveau de l'origine du nerf olfactif droit. — *Nerfs olfactifs* et *optiques* égaux. *Bandelette optique* gauche plus petite que la droite. *Tubercule mamillaire* gauche bien plus petit que le droit. *Pédoncule cérébral gauche* plus petit que le droit. L'atrophie porte principalement sur la partie postérieure.

La *protubérance* est petite et plus bombée à gauche qu'à droite. — La *pyramide antérieure* gauche n'est pas aussi distincte que la droite; elle a une coloration légèrement grise. Les deux *olives* sont égales.

Cervelet et *isthme :* 100 gr ; rien de particulier à l'œil nu. — L'*hémisphère cérébelleux droit* pèse 15 gr. de moins que le gauche.

Encéphale : 760 gr. — L'*hémisphère cérébral gauche* pèse 110 gr. de moins que le droit. — *Hémisphère gauche*, sa face convexe présente à sa partie moyenne une dépression très étendue, allant de la partie postérieure du lobe frontal au lobe occipital. Le cerveau étant encore recouvert de la pie-mère, cette membrane masque la dépression sur laquelle elle est tendue comme un voile. La pie-mère à ce niveau est d'un gris terne, laissant à peine apercevoir par transparence les parties sous-jacentes. Elle est peu vascularisée. Une fois la pie-mère enlevée, on trouve au centre de la face convexe une *cavité en forme d'entonnoir dont la base répond à la convexité et dont le fond s'avance un peu dans le ventricule latéral*. La base de l'entonnoir mesure 53 millimètres d'avant en arrière et de haut en bas. Le bord de la base est formé par des circonvolutions qui, au lieu de continuer leur déviation curviligne pour former la partie la plus convexe de l'hémisphère, se replient en dedans. Les parois de l'entonnoir sont formées par ces circonvolutions. Le fond de l'entonnoir est nettement limité par un bord, d'où semble partir une membrane blanche formant ourlet sur les circonvolutions, qui fait partie de la cavité ventriculaire et se replie dans sa moitié supérieure. Elle forme une sorte de voile dans le ventricule latéral, laissant en avant un orifice semi-lunaire de 30 millimètres sur 7 millimètres. Cet orifice est comblé par une masse grisâtre qui est probablement le corps strié. De l'autre côté de la membrane se trouve une autre partie du corps strié et la couche optique. Cette membrane laisse entre elle et les masses grises un petit espace de 1 à 2 millimètres. Partout ailleurs elle est adhérente.

La partie périphérique déprimée a une étendue de 2 centimètres environ et forme une sorte d'anneau, constitué par les circonvolutions qui sont comme repoussées vers la face inférieure de l'hémisphère. Toute l'étendue de l'excavation présente une coloration blanche et se compose d'une série de parties, alternativement saillantes et rentrantes. A la partie inférieure se voit une masse de substance blanche, volumineuse, arrondie, qui paraît correspondre aux ganglions cérébraux. En avant de cette masse existe une autre saillie, terminée en arrière par un bord mince et tranchant qui n'adhère pas au noyau précédent. Tout à fait à la partie inférieure, l'excavation est percée d'un orifice irrégulier assez facile à apercevoir et qui vient aboutir sur la face interne de l'hémisphère à sa partie inférieure.

En résumé, on trouve le lobe frontal et le lobe occipital à peu près intacts, ainsi que la corne sphénoïdale : la partie moyenne de l'hémisphère est profondément dégénérée, surtout à son centre qui paraît formé par la cavité largement ouverte au centre du ventricule latéral. Les parties blanches qui existent à ce niveau sont les parois de ce ventricule plus ou moins déformées.

Le *lobe frontal* et la *frontale ascendante* forment une masse irrégulièrement quadrilatère, où il existe des sillons superficiels qui ne séparent pas nettement les circonvolutions. Celles-ci ont une disposition ascendante du bord inférieur du lobe au bord supérieur. Là elles se replient sur la face interne en formant une sorte d'encoche profonde au détriment de la

face interne de la 1[re] frontale. On distingue à peine la frontale ascendante des trois autres. Le sillon profond qui existe en arrière de la circonvolution frontale ascendante est irrégulier. En arrière de ce sillon on trouve de petites circonvolutions transversales qui se replient sur la face interne, où elles aboutissent toutes obliquement à une sorte de dépression ombiliquée répondant à la partie moyenne du sillon calloso-marginal. Les sillons qui les séparent, sauf deux, sont superficiels.

Tandis que le lobe frontal mesure 5 centimètres de long, cette seconde partie en mesure 5 1/2. Elle est séparée de la partie postérieure du cerveau par un sillon irrégulier assez profond. Toute cette partie de l'hémisphère, située en arrière de la cavité, a une forme triangulaire convexe, mesure 6 centimètres d'avant en arrière, et se compose de circonvolutions relativement beaucoup plus volumineuses, séparées par des sillons profonds à direction tortueuse et antéro-postérieure comme celle des plis.

Le *lobe temporal* mesure près de 5 centimètres de long et 2 1/2 de haut et se compose de petites circonvolutions, obliques d'avant en arrière et de bas en haut. Elles se dirigent vers le bord inférieur de l'entonnoir après avoir formé une partie de sa paroi. Entre le bord inférieur du lobe frontal et la pointe du lobe temporal, existe une dépression large et longue d'un centimètre 1/2. C'est l'origine de la scissure de Sylvius : c'est ce qui remplace le lobule de l'insula.

Face interne. — On y trouve l'encoche formant une sorte de dépression froncée. Cette encoche sépare la circonvolution frontale en deux parties. En arrière de l'encoche, on trouve encore deux replis venant constituer sa partie postérieure et faisant partie l'un du lobe frontal de la face convexe, l'autre de la partie intermédiaire entre le lobe frontal et le lobe postérieur. Toutes les circonvolutions de la face interne, qui correspondent audit lobe intermédiaire, affectent : les antérieures une direction oblique d'avant en arrière et de haut en bas, les postérieures une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elles aboutissent à la partie moyenne du sillon calloso-marginal, en formant une sorte d'ombilic. En arrière de ces circonvolutions obliques, nous trouvons ce qui doit être le lobe quadrilatère. Il se compose d'abord d'un pli ascendant, puis de deux plis à direction antéro-postérieure, enfin d'un pli à direction ascendante. Le sillon calloso-marginal part de l'extrémité inférieure de la grande encoche frontale. Il est d'abord réduit à une sorte de fissure, puis il s'élargit un peu.

Le *cuneus* manque dans sa partie antérieure et ne présente pas un sillon. — En arrière du lobe quadrilatère, nous trouvons la scissure pariéto-occipitale large et profonde, sans un seul pli de passage. — La *scissure calcarine* est peu profonde. — Le *lobe occipital* est relativement régulier.

La *circonvolution de l'hippocampe* est assez volumineuse. — La *corne d'Ammon* est régulière. — La *4[e] temporale* est assez volumineuse, assez distincte en arrière, mais confondue en avant avec la 3[e] et la 2[e], qui se portent obliquement vers la grande cavité infundibuliforme.

Hémisphère droit. Face convexe. — *Lobe frontal :* Il se compose d'une masse, de forme ovoïde, de circonvolutions à bords sinueux. Un sillon profond sépare cette masse d'une seconde, composée de circonvolutions

qui ont une direction transversale de haut en bas, d'avant en arrière pour les antérieures et un peu d'arrière en avant pour les postérieures. Elles sont séparées par des sillons profonds, très serrés, presque rectilignes. Un sillon large et profond sépare cette deuxième masse de la moitié postérieure de la face convexe.

La moitié postérieure peut être divisée en deux parties séparées par un sillon antéro-postérieur, sinueux, profond et large, à égale distance du bord supérieur et du bord inférieur de l'hémisphère. La partie supérieure est composée de circonvolutions dirigées verticalement en avant et obliquement en arrière vers la partie postérieure de la scissure de Sylvius. La partie inférieure comprend le lobe occipital avec des circonvolutions volumineuses, contournées, puis un groupe central de petites circonvolutions irrégulières, enfin une circonvolution assez volumineuse constituant l'angle postérieur de la scissure de Sylvius.

Le *lobe temporal* se compose d'abord de quatre plis assez gros, se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière pour aboutir à la scissure de Sylvius, puis de circonvolutions irrégulières à direction antéro-postérieure.

La *scissure de Sylvius* est tout à fait irrégulière. Presque normale d'abord, à son origine antérieure où le lobule de l'insula présente l'aspect d'une masse bombée avec trois digitations irrégulières, elle devient bientôt tout à fait irrégulière, s'élargit considérablement jusqu'à 4 centimètres en arrière. Enfin elle se termine par un *orifice* qui communique avec la paroi ventriculaire. Cet orifice, de même qu'à gauche, est l'aboutissant d'une sorte d'*entonnoir* dont les parois sont formées par les circonvolutions de la face convexe, qui se replient sur le lobe orbitaire. On trouve sept petites masses faisant partie des circonvolutions et se présentant comme de petites verrues.

La *cavité infundibuliforme* a une base triangulaire, mesurant environ 3 cent. 1/2; son sommet répond à la partie postérieure de la scissure de Sylvius.

Le *lobule de l'insula*, à son origine, offre deux digitations, puis l'on trouve une sorte d'ourlet qui l'interrompt et à partir duquel on rencontre une surface mamelonnée blanche, qui se dirige vers le fond de l'entonnoir et par conséquent du ventricule.

L'*orifice* circonscrit par les circonvolutions a un aspect triangulaire ; l'entonnoir plonge dans l'hémisphère et aboutit à un *orifice ovalaire* situé immédiatement au-dessus de l'origine de la queue du corps strié sur la paroi externe du ventricule latéral.

Face interne. — On trouve d'abord une masse quadrangulaire de 3 cent. 1/2 de large sur 2 cent. 1/2 de haut, composée de quatre plis irréguliers, se dirigeant obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. Un sillon profond va s'aboucher avec le premier sillon décrit sur la face convexe en produisant une encoche profonde sur le bord convexe de l'hémisphère. Les sillons sont très superficiels. On voit sur ces circonvolutions deux petites saillies verruqueuses comme celles du lobe orbitaire.

En arrière se trouve une autre masse quadrangulaire de 2 cent. 1/2 de large sur 1 cent. 1/2 de haut, limitée en bas par le sillon dont nous venons de parler, en haut par un sillon profond, mais qui n'aboutit pas au sillon calloso-marginal. Cette masse offre de petits sillons superficiels. Les deux

premières masses semblent correspondre à la 1re frontale. Vient ensuite une masse allongée, ovoïde, correspondant au lobule paracentral. Ce lobule présente trois sillons superficiels.

La *scissure calloso-marginale*, au niveau des premières masses frontales, est tout à fait superficielle et même en avant se réduit à une ligne. — Le *lobe quadrilatère* a 4 centimètres en travers, 3 en hauteur, et offre des plis à bords angulaires et des sillons assez profonds. — La *scissure pariéto-occipitale* est très nettement dessinée, rectiligne. Un pli de passage l'empêche de communiquer, en arrière de la couche optique, avec le sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la 4e temporale. — Le *cuneus* est assez volumineux. Ses plis sont petits, ses sillons superficiels. — La *scissure calcarine* est bien dessinée dans ses 3/4 antérieurs. Elle est peu large et assez profonde. — Le *lobe occipital* se compose de circonvolutions assez grêles, séparées par des sillons moyennement profonds.

La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse. La *corne d'Ammon* est un peu déformée et un sillon profond la sépare, comme nous l'avons vu, de la 4e *temporale* qui est irrégulière. — Le *corps strié* et la *couche optique* paraissent sains, normaux. — Le ventricule latéral n'est pas dilaté.

Observation III. — Pseudo-porencéphalie unilatérale

Sommaire. — Pas de renseignements. Pseudo-porencéphalie gauche. Hémiplégie droite. Infarctus pulmonaire.

Fau...Antoine, âgé de sept ans, est entré à Bicêtre le 21 mai 1885 (service de M. Bourneville) et est décédé le 17 mai 1886. — Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires ni personnels du malade.

27 mai. — L'enfant, hémiplégique à droite, ne marche pas, ne parle pas, ne sait ni se laver, ni s'habiller. L'appétit est médiocre ; il mange ses excréments. Ne sait rien porter à sa bouche ; pas de bave ni de succion ; pas de voracité ; grand gâteux. — Pas de cris, pas d'accès de colère ; chantonnement monotone ; rotation de la tête, grincement des dents, onanisme. — En le menant au bain, on s'aperçoit qu'il a une fracture du fémur droit sans qu'il soit possible, malgré une enquête minutieuse, de découvrir la cause de cet accident.

12 juillet. — Amaigrissement léger. — Bon appétit. Éruption vésico-pustuleuse, suivie de desquamation épidermique sur le haut des cuisses.

17 novembre. — *Tête* ovoïde, régulière. Bosses frontales peu saillantes, la gauche plus que la droite. Bosses pariétales peu saillantes. Arcades orbitaires saillantes seulement dans leur partie externe. — *Yeux* gris ; pupilles contractées ; pas de lésions. — *Nez* moyen. — *Bouche* assez grande. *Lèvres* minces. — *Menton* pointu. — *Oreilles* grandes, détachées ; dentelure légère du bord libre à droite. Lobule demi-adhérent.

Circonférence horizontale	45c »
Diamètre antéro-postérieur	15 3
— bi-pariétal	12 2
— bi-auriculaire	10 9
— bi-temporal	9 6

Cou très amaigri, court (22 cent.) ; polyadénites.

Thorax amaigri. Le *rachis* présente une *déviation* à concavité tournée à gauche, à la partie supérieure de la région dorsale ; une autre compensatrice en sens inverse au-dessous.

Membres supérieurs. — *Paralysie* du côté droit. — Attitude particulière du bras qui est écarté du tronc en formant un angle presque droit. L'avant-bras est fléchi sur le bras, et la contracture ne permet pas l'extension de l'avant-bras. Le poignet est dans l'extension forcée sur l'avant-bras. La main est fléchie, le pouce toujours en pronation dans la paume de la main.

	Droit. —	Gauche. —
Circonférence au niveau de l'aisselle...........	10^c »	11^c »
— à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	10 »	10 »
— à 8 cent. au-dessous de l'olécrâne.	8 »	9 1/2
— au niveau du poignet...........	9 »	9 1/2
— — du métacarpe.........	10 »	11 1/2
Distance acromio-olécrânienne................	18 1/2	19 1/2
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus..................................	14 »	14 1/2
Distance de l'apophyse styloïde à l'extrémité du médius.................................	8 1/2	12 »
Longueur de la clavicule....................	9 »	10 »

Membres inférieurs. — Tous deux sont dans une attitude vicieuse, mais surtout le droit (*paralysé*) ; la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le pied légèrement fléchi. A gauche la flexion est beaucoup moins prononcée, et peut être vaincue.

	Droit. —	Gauche. —
Circonférence au niveau de l'aine.............	18^c »	17^c »
— à 10 cent. au-dessus de la rotule..	14 1/2	16 »
— — au-dessous de la rotule.	11 »	11 »
— au niveau des malléoles.........	12 1/2	12 1/2
— — du métatarse.........	12 »	12 1/2
Distance de l'épine iliaque antérieure à l'extrémité supérieure du tibia.......................	20 »	27 »
Distance de cette extrémité à la malléole externe.	20 »	20 »
— de la malléole à l'extrémité du troisième orteil..................................	13 »	13 »

Organes thoraciques normaux. — *Abdomen* distendu. — Érythème à la partie inférieure et sur la face interne des cuisses.

Organes génitaux. Œdème et ulcérations de la verge, testicules remontés vers l'anneau, gros comme un petit haricot. Bourses rétractées et ulcérées. Bourrelet œdémateux du prépuce. Gland non découvrable. Verge : longueur 4 centimètres, circonférence 4 cent. 1/2.

Cheveux châtains. — Croûtes d'impétigo du cuir chevelu. — Ulcérations à la base du nez. Cils blonds. *Sensibilités* générale et spéciale normales.

1886. Mars. — L'enfant dépérit de plus en plus. Le ventre est énorme. Érythème généralisé du côté gauche sur lequel l'enfant repose.

17 mai. — L'enfant meurt de cachexie progressive.

Autopsie le 18 mai. — Enfant extrêmement amaigri. — Les genoux, très saillants, sont ankylosés en demi-flexion.

Thorax. — *Poumons* : Infarctus de 1 cent. 1/2 carré à la base droite; quatre infarctus assez volumineux à la base gauche. Le reste est normal et les bords sont un peu emphysémateux.

Péricarde normal. — *Cœur* : 45 gr., hypertrophie du ventricule gauche. — Valvules aortiques et mitrales suffisantes. Aorte et coronaires normales.

Cou. — *Larynx* normal. — *Corps thyroïde* petit, sain.

Abdomen. — *Foie :* 300 gr., d'aspect normal à la coupe. Vésicule pleine, sans calculs. — *Rate :* 30 gr., dure, congestionnée. — *Pancréas, vessie, testicules, estomac* et *intestin*, rien de particulier. — *Rein gauche :* 45 gr., dur, d'apparence multilobée, légèrement congestionné. Trois petits kystes d'aspect gélatiniforme, assez résistants, dans la substance médullaire près du bassinet. — *Rein droit :* 42 gr., moins lobulé que le gauche, normal.

Tête. — La voûte du crâne est très profonde ; les sutures sont complètement soudées ; la surface interne est très bosselée, surtout à droite. A gauche, la surface interne est lisse et correspond à un *kyste* existant à la surface du cerveau. La *base du crâne* est asymétrique. La fosse sphénoïdale gauche est plus profonde que la droite.

Cerveau. — Il présente un aspect lisse et luisant. Il est remarquablement mou et s'affaisse sur la table. La décortication est presque impossible, car on enlève avec la pie-mère de grands lambeaux de substance grise.

Hémisphère gauche. — Beaucoup plus petit que le droit. Il offre sur sa face convexe un *kyste* qui s'y est creusé une *vaste loge* en le détruisant sur une grande profondeur. Ce kyste occupe tout le territoire de la sylvienne, sauf dans sa branche antérieure. Les frontale et pariétale ascendantes, le lobe pariétal dans toute sa partie inférieure, et la première temporale sont détruits. Les circonvolutions restantes limitent la dépression du kyste en paraissant plonger dedans, comme cela se passe dans les porencéphalies vraies. Mais en réalité il n'en est rien et l'on constate facilement que ce sont des sillons naturels qui limitent la dépression et que les circonvolutions qu'ils limitent de l'autre côté ne sont nullement atteintes et n'ont subi aucune déviation. On a donc affaire à un *kyste consécutif* à une hémorragie ou à un ramollissement et non à un défaut de développement de certaines circonvolutions et de la substance blanche sous-jacente. Le fond du kyste est formé par une mince couche de substance blanche recouverte d'une membrane celluleuse, très résistante, qui lui adhère intimement. Cette couche de substance cérébrale est continue et, *en aucun point, il n'existe de communication avec le ventricule latéral.*

Lobe frontal. — La 1re frontale est très développée. Elle se termine en avant par un cap, où aboutit un sillon profond antéro-postérieur allant se perdre en arrière dans le kyste et divisant la 1re frontale

en deux parties, une supérieure et une inférieure. La partie supérieure. très large, se divise bientôt de nouveau en deux autres circonvolutions séparées par un sillon, qui va également plonger en arrière dans le kyste. En arrière de ce dédoublement, se trouve un 3e sillon assez profond qui forme un angle saillant en avant et subdivise de nouveau la 1re frontale en deux digitations, l'une formant le bord supérieur de l'hémisphère, l'autre formant un bec qui plonge dans le kyste. Ce dernier sillon contourne le bord de l'hémisphère et circonscrit en dedans ce qui représente le lobule paracentral. La partie inférieure de la 1re frontale est étroite, sinueuse et séparée de la 2e frontale par un sillon profond. La 2e frontale est sinueuse aussi et large en arrière où elle aboutit au kyste et en bas se continue avec la 3e frontale relativement peu développée, étroite, avec des sillons superficiels; elle est assez développée en arrière cependant où elle plonge dans la poche.

La *scissure de Sylvius*, très nette en bas et en avant, aboutit rapidement à la poche. — Le *sillon de Rolando* n'existe plus qu' à l'état de vestige en haut où il n'atteint pas le bord de l'hémisphère. En arrière de la 1re frontale, le bord de l'hémisphère présente une masse irrégulière, vestige probable de la frontale ascendante et, en arrière, séparée par le sillon de Rolando, le vestige de la pariétale ascendante. Au-delà on trouve une masse de deux petites circonvolutions rayonnant vers le kyste et se continuant sur la face interne. Au-dessous d'elles une grosse masse de circonvolutions repliées sur elles-mêmes et rayonnant également vers le en kyste.

Le *lobe occipital* est relativement bien conservé et formé par une circonvolution constituant la pointe du lobe et présentant un sillon oblique haut et en avant qui aboutit au kyste.

Le *lobe temporal* est assez complet en avant. On trouve d'abord une circonvolution verticale aboutissant au kyste et limitée en avant par la scissure de Sylvius, et en arrière par un sillon profond qui la sépare d'une circonvolution plus volumineuse encore, triangulaire et divisée en deux par un sillon superficiel partant du bord inférieur de l'hémisphère. En arrière se trouve une masse quadrilatère de circonvolutions reliées par deux plis de passage à la masse précédente. Enfin une circonvolution se continuant avec celles du lobe occipital. — Le *lobe orbitaire* est bien développé.

Face interne. — La 1re frontale est très large, parcourue dans toute son étendue par des sillons assez profonds qui la divisent en deux en arrière, mais qui en avant sont surtout transversaux. — Le *sillon calloso-marginal* est sinueux, peu profond. — La *circonvolution du corps calleux* est normale, assez grosse, simple en avant, subdivisée en arrière par de petits sillons verticaux. — Le *lobule paracentral* est très étroit, séparé de la 1re frontale et du lobule quadrilatère par deux sillons très profonds. — Le *lobe quadrilatère* est irrégulier et présente un sillon oblique superficiel. Il descend jusqu'à la circonvolution du corps calleux, à laquelle l'unit un pli de passage. — Le *cuneus* est petit, sillonné par de nombreux sillons irréguliers. Un sillon profond, allant presque jusqu'à la fente cérébrale, le sépare de *l'avant-coin*. — Le *lobe temporo-occipital* est bien développé, avec des sillons très superficiels.

Le *corps opto-strié* paraît normal. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

Hémisphère droit. — *1re frontale*, peu large, très sinueuse, irrégulière, insérée sur la frontale ascendante par un pied étroit, au-dessus duquel elle se replie en S pour gagner le bord supérieur de l'hémisphère. — *2e frontale*, très développée en arrière. Insérée par un pli assez étroit sur la frontale ascendante. Très sinueuse ; reliée en avant par un pli de passage avec la 1re et la 3e frontales ; bien séparée de la 1re frontale par un sillon profond. — *3e frontale*, très développée, constitue la moitié inférieure environ du lobe frontal. Très sinueuse, elle est séparée en deux parties par un sillon vertical, qui rejoint en arrière le sillon qui sépare la 2e de la 3e frontale. La partie antérieure se continue en dessous avec les circonvolutions du lobe orbitaire. La partie postérieure, quadrilatère, très sinueuse, est très développée. Elle est divisée en deux par un pli vertical, profond, aboutissant à la scissure de Sylvius. Le cap est bien développé. En bas elle se continue sans ligne de démarcation avec le lobe orbitaire par un pli très contourné et très saillant.

La *frontale ascendante* est large et présente inférieurement un petit sillon vertical de 1 centimètre, et au-dessus deux sillons transversaux qui la divisent presque complètement. En haut, nouveau sillon vertical qui se coude presque à angle droit pour se continuer avec le sillon qui sépare la 1re de la 2e frontale. Au-dessus, elle se renfle et est de nouveau presque entièrement coupée par un sillon transversal, qui passe sur la face interne pour limiter en avant le lobe paracentral.

Le *sillon de Rolando* est profond, serré, formant une *S* italique allongée et s'arrêtant avant d'arriver au bord supérieur de l'hémisphère. — La *scissure de Sylvius* n'offre rien de particulier.

Lobe pariétal. — La pariétale ascendante est très large à sa partie inférieure où elle a trois digitations. Au-dessus, sillon profond, étroit, formant un angle saillant en avant et la divisant en deux circonvolutions accolées dans sa partie moyenne. Très élargie au-dessus de ce sillon, elle redevient simple et peu sinueuse et se rétrécit pour aller former le lobe paracentral. Elle est reliée au lobe pariétal inférieur par deux plis de passage. La scissure interpariétale est très peu nette, très superficielle. Les circonvolutions sont simples, peu sinueuses, peu nettement séparées par des sillons très superficiels. — Le *lobule pariétal supérieur* est assez large et forme le bord supérieur de l'hémisphère. Il est séparé en deux dans la partie antérieure par un sillon superficiel, antéro-postérieur. — Le *lobule pariétal inférieur* comprend une masse triangulaire séparée de la partie moyenne de la pariétale ascendante par un sillon très peu profond, s'insérant sur la pariétale ascendante par deux digitations au-dessous desquelles s'en trouve une troisième repliée. En bas, cette masse est séparée par la scissure de Sylvius, prolongée par un mince sillon, de la première temporale. Elle est limitée en arrière par un sillon qui la contourne et vient se continuer en bas avec la scissure parallèle. Cette masse représente le lobule du pli courbe. En arrière se trouve une autre masse quadrilatère composée de deux circonvolutions plus petites, une supérieure quadrilatère en arrière, tra-

pézoïde en avant, et une inférieure représentant à peu près le pli courbe, très sinueuse, en *S* italique, petite en haut, très large en bas, et séparée du lobe temporal par un sillon étroit continuant la scissure parallèle.

Lobe temporal. — La première temporale est très développée, divisée en deux en avant par un sillon vertical de 2 centimètres, continue en arrière avec le lobe pariétal inférieur. — *Scissure* parallèle profonde et large. — 2ᵉ *temporale* bien développée, nette en avant, reliée par deux plis de passage à la 3ᵉ temporale en arrière où elle forme une masse commune avec cette 3ᵉ temporale. Elle est séparée du lobe occipital par un sillon assez net.

Le *lobule de l'insula* constitué par deux circonvolutions : une antérieure, grosse, qui se divise aussitôt en deux plus étroites en formant un angle aigu rentrant, et une postérieure étroite, dirigée obliquement d'avant en arrière et de bas en haut.

Le *lobe occipital* est bien développé, ses circonvolutions sont sinueuses, avec de nombreux plis de passage et des sillons très superficiels et incomplets. Il est divisé en deux parties, une supérieure et une inférieure, par un sillon horizontal profond qui limite en bas une circonvolution très développée.

Le *lobe orbitaire* et le *gyrus rectus* sont normaux. En arrière, un sillon transversal profond limite en avant une grosse circonvolution se continuant, comme nous l'avons vu, avec la partie postérieure de la 3ᵉ frontale.

Face interne. — La *1ʳᵉ frontale* est bien développée, très sinueuse — *Sillon calloso-marginal* très profond dentelé. — *Circonvolution du corps calleux* bien développée. — *Lobule paracentral* mal limité en avant. Le sillon de Rolando pénètre à peine sur la face interne et est très superficiel. Il est situé tout à fait en avant du lobule. — *Lobule quadrilatère* normal, bien développé, séparé du cuneus et du lobe occipital par un sillon vertical très profond. — *Cuneus* très développé, composé de deux circonvolutions, une antérieure et inférieure triangulaire, se continuant en arrière avec la supérieure plus grêle formant le bord supérieur.

La 4ᵉ temporale n' offre rien de particulier. — La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse, unie, peu sinueuse, se continuant en arrière avec le cuneus. — *Corps opto-strié* normal, ainsi que la *Corne d'Ammon.* — *Ventricule latéral* non dilaté.

Observation IV. — Pseudo-porencéphalie unilatérale

Sommaire. — Père, suicidé. Grand'mère, hystérique. Mère, névralgie faciale. Grand'mère, hémiplégie. Sœurs, convulsions. Premières convulsions à trois jours, limitées à un côté ; hémiplégie consécutive ; atrophie et déformation des membres, épilepsie à sept ans. Diphtérie, paralysie du voile du palais, congestion pulmonaire, mort. Autopsie : porencéphalie acquise gauche.

Régn... Paul, âgé de dix-neuf ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 8 février 1881.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père,*

plombier, calme, sobre, *s'est suicidé par pendaison* à cinquante-huit ans, à la suite de mauvaises affaires. [*Père* mort du choléra. — *Mère*, sujette jusqu'à la ménopause à des *attaques de nerfs*, qui ont laissé l'intelligence absolument intacte. — Une *sœur*, morte à l'hôpital Saint-Louis à la suite de l'ablation d'un bouton (?) de la face. — Une autre bien portante, ainsi que ses enfants. — Pas d'autres névropathes dans la famille.]

Mère, cinquante-quatre ans, blanchisseuse depuis la mort de son mari, intelligente, calme, sujette à des lypothymies, à des crises de *névralgie faciale* du côté droit; encore, mais irrégulièrement réglée, a rendu une *môle*, il y a deux ans et demi; maladive depuis deux ans. [*Père*, quatre-vingt-quatre ans, sobre, encore très intelligent, bien portant. — *Mère*, morte *hémiplégique*. — Treize *frères et sœurs :* deux sont en bonne santé, les autres sont morts, l'un tué à la guerre, une autre des suites d'une chute, une autre des suites d'une couche, une autre poitrinaire, le reste on ne sait de quoi, mais pas de maladies nerveuses. — Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.] Pas de consanguinité.

Douze enfants : 1° une fille, morte à neuf mois, de *convulsions ;* 2° une fille morte du croup à trois mois et demi (?) ; 3°, 4°, 5° des garçons morts en naissant à la suite de couches laborieuses ; 6° un garçon, vingt-huit ans, bien portant ; 7° une fille, vingt-cinq ans, intelligente ainsi que ses enfants ; 8° un garçon, bien portant ; 9° une fille, dix-neuf ans, intelligente ; 10° une fille, dix-sept ans ; 11° une fille, douze ans et demi ; 12° notre malade.

Notre malade. — *Grossesse* bonne, un peu accidentée par les émotions du siège pendant la guerre. — *Accouchement* à terme, laborieux mais naturel. — *A la naissance*, asphyxie noire. — Allaitement maternel jusqu'à deux ans. C'est le 2° ou 3° jour après la naissance qu'ont apparu les *premières convulsions*, sur les caractères desquelles on ne peut pas renseigner. Ces convulsions *se reproduisirent quotidiennement* pendant quinze jours. Pourtant ce fut seulement à *quatre mois* qu'on s'aperçut de la paralysie *de la main droite qui tombait et ne se maintenait pas comme l'autre.* A un an, Paul devint propre ; il ne commença à parler et à marcher qu'à deux ans. *Il a toujours traîné la jambe droite.* Jamais il n'a eu de tic, de cauchemars, de mauvais instincts, d'habitudes d'onanisme. Son caractère était très affectueux, à part de rares colères. On a toujours été obligé de l'habiller, toutefois il sait manger proprement. On l'envoya à l'école où il n'apprit presque rien. Chez lui, il jouait et faisait des commissions. Sa santé habituelle était bonne. Il a eu la rougeole à trois ans.

Tel était son état lorsque, à l'âge de sept ans, il fut pris, sans cause connue, d'*accès d'épilepsie*. Ceux-ci étaient très forts. On en comptait quelquefois deux par jour, puis on passait ensuite deux ou trois semaines sans en voir revenir. Il paraissait y avoir une *aura*, car Paul s'écriait quelques secondes avant : « Maman, j'ai mal ! — Où ? — Partout ». — C'est tout ce qu'on pouvait savoir. Aucun cri n'annonçait le début de l'accès ; la rigidité aurait été générale, et on ne sait si les secousses prédominaient d'un côté. Pendant un certain temps, il écumait, avait du stertor consécutif, dormait après l'accès, mais ces accidents ont passé. Pas de miction involontaire, pas de phénomènes psychiques ; pourtant quelquefois, en reve-

nant à lui, il *pleurait ou riait aux éclats*. Le saisissement produit par la vue de son père pendu aurait diminué l'intensité des accès. On attribue la maladie aux émotions éprouvées pendant la grossesse.

État actuel. — *Tête* ronde ; — *crâne* assez régulier, malgré un léger aplatissement de la région pariétale droite et une saillie assez accentuée de la région gauche ; la région occipitale est développée.

Diamètre antéro-postérieur	16c 4
— bi-pariétal	13 5
Circonférence	49 »
Demi-circonférence droite	24 5
— gauche	24 5

Face arrondie, à peu près symétrique. — Front étroit, saillant dans sa partie moyenne, déprimé latéralement ; bosse frontale gauche plus élevée que la droite, et séparée de l'arcade sourcilière par une dépression plus accentuée que du côté opposé. — *Orifices palpébraux* égaux ; iris bruns, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* droit, assez fort, dévié à droite. — *Bouche* moyenne : lorsque Paul rit, la commissure labiale gauche est attirée en haut. — *Joue* droite légèrement tombante. — *Maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine* large, peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé. — Aucune cicatrice sur la *langue*. — *Menton* carré. — *Oreilles* égales, grandes, écartées de la tête, mal ourlées, lobules détachés.

Cou bien conformé. — *Thorax :* Élévation de l'épaule droite ; saillie du rebord des fausses côtes du côté droit.

Légère incurvation de compensation à gauche de la portion lombaire du rachis. Le muscle trapèze du côté droit est dur et paraît moins développé que celui du côté gauche. Les fosses sus-épineuse et sous-épineuse droites sont moins remplies qu'à gauche. Pas de différence entre les pectoraux.

Membres supérieurs. — Le membre droit est moins développé que le gauche, et l'*atrophie* déjà manifeste pour le bras, devient frappante à partir du coude. La *main* seule se trouve dans une *attitude vicieuse stable* : elle est fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont dans le prolongement de la main. Si nous disons à Régn... de mettre en mouvement successivement les divers segments de son membre droit, nous voyons que l'épaule est libre, qu'il peut fléchir et étendre l'avant-bras, bien qu'avec moins de force, mais qu'il lui est impossible d'étendre ni de fléchir la main, de remuer les doigts, de prendre ou de serrer un objet. Veut-on ramener *mécaniquement* la main dans l'extension, on y arrive en procédant avec lenteur, et malgré une vive résistance de la part des fléchisseurs, et on constate par cela même l'intégrité de l'articulation radio-carpienne. Dans ce mouvement on ne triomphe qu'en apparence de la contracture des fléchisseurs, car pendant que la main s'étend, les doigts primitivement étendus se fléchissent. Il faut insister davantage, et provoquer même une légère douleur au malade pour amener la main entière dans la rectitude. Pas d'athétose. La peau du membre paralysé paraît plus rugueuse que du côté opposé ; elle est rouge violacée à partir du coude : les tissus de la main sont comme boursouflés. Aucune modification du système pileux. Le bras paralysé paraît au toucher plus froid que son congénère.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle...............	16c 5	20c 5
— à 8 cent. au-dessus de l'olécrâne......	16 »	18 »
— — au-dessous de l'olécrâne.....	15 »	19 »
— — — du poignet......	11 5	14 »
— — — du métacarpe....	16 5	19 »
Distance acromio-olécrânienne....................	22 »	22 8
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus.	18 »	19 »
— de celle-ci à l'extrémité du médius........	13 »	14 »

Membres inférieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié : *le pied seul est déformé;* il est en extension forcée avec subluxation du scaphoïde sur la tête de l'astragale, dont on voit saillir sous la peau le bord supérieur. Il y a tendance au renversement de la région plantaire en dedans, et la pointe du pied est également dirigée en dedans ; c'est en somme un premier degré de *pied bot varus équin.* Paul meut assez facilement sa cuisse et sa jambe, mais il produit en même temps des *mouvements associés* du bras droit. Quant au pied, l'extension ne peut être accrue ; essaie-t-on au contraire de le relever, il n'obéit qu'au jambier antérieur et aux extenseurs propres du gros orteil, lesquels se bornent à augmenter l'adduction de la pointe et le renversement de la région plantaire.

Les quatre derniers orteils sont presque totalement immobiles. Malgré le bon état apparent de l'article, on ne parvient pas à vaincre *mécaniquement* la rigidité des muscles de la région postérieure, et à ramener le pied dans la rectitude. Dans la *marche*, l'extension diminue un peu, le pied porte presque à plat et un peu sur son bord externe, mais il reste inerte, fauche un peu, et frotte le sol à chaque pas. Point de mouvements choréiformes ; — *pas de phénomène du tendon.* Aucune modification de nutrition de la peau ni du système pileux.

Un thermomètre à surfaces, appliqué comparativement pendant 10 minutes sur la face interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé
Première expérience..........................	37°,2	37°,4
Deuxième expérience..........................	37°,2	37°,2

C'est un des rares cas observés par nous dans lesquels la température n'ait pas été plus basse du côté paralysé,

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine	36c »	37c 5
— à 8 cent. au-dessus de la rotule.......	29 »	30 5
— — au-dessous de la rotule......	25 »	26 5
— au niveau des malléoles.............	17 »	17 5
— — du métatarse.............	18 5	18 5
Distance de l'épine iliaque antér. et supér. à l'extrémité supérieure du tibia.......................	34 5	35 »
Distance de celle-ci à la malléole externe...........	27 »	28 »
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médius...	15 5	16 »

Organes génitaux. — Verge et gland normaux; pas de phimosis; testicules descendus, égaux, petits. Pas de traces de puberté; pas d'onanisme.

Peau. — Cheveux châtain clair, peu épais; sourcils et cils de même nuance; corps, aisselles, pénil, glabres; quelques adénites cervicales: aucune cicatrice. En juin 1882 : taille 1 m. 21, poids 23 kilog.

Digestion. — Appétit excellent, aucun trouble gastrique, selles régulières; rate et foie normaux. — *Respiration :* sonorité thoracique naturelle, respiration un peu rude, pas de toux. — *Circulation* régulière, aucun bruit morbide.

Sensibilité générale. — Conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue* plus perçante à gauche (?) — *Ouïe,* plus fine à gauche (?) — *Odorat* et *goût* normaux.

Intelligence. — Paul est assez éveillé et facile à interroger; il comprend vite et exécute tout ce qu'on lui demande. Sa physionomie est gaie, son sourire assez malin. Il sait, outre son nom et son âge, le lieu et la date de sa naissance. Il connaît le jour, mais non le mois ni l'année. Il a suivi régulièrement, depuis son entrée, l'école de la section, où il travaille bien; il a appris successivement à lire couramment, à écrire, à faire les trois premières règles. Sa mémoire est bonne, il connaît les objets usuels et leurs usages, s'habille et fait sa toilette avec une remarquable célérité, mange proprement et est assez soigneux de ses vêtements. Les *sentiments affectifs* sont très développés; il se réjouit de la visite de sa mère et s'attriste au souvenir de son père; il vit en très bons termes avec ses camarades et joue avec eux sans jamais avoir de disputes.

1882. 22 février. — Paul a été pris dans la journée d'un mal de gorge assez violent.

23 février. — On constate une vive rougeur du voile du palais, des piliers, et sur l'amygdale droite une *fausse membrane épaisse* qui la recouvre complètement; la douleur est assez intense à la déglutition; les voies respiratoires sont libres; pas de toux; état général assez bon. — *Traitement :* ipéca 1 gr.; gargarisme avec 4 gr. de chlorate de potasse; julep avec 4 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum; deux injections de 1 centigr. de *nitrate de pilocarpine* chacune; quatre cautérisations avec la solution citrique et phéniquée; inhalations d'acide phénique: lait et bouillon. T. R. 38°,4. — *Soir :* T. R. 38°,4.

24 février. — Nombreux fragments de *fausses membranes* dans les vomissements; nuit assez bonne; même aspect de l'amygdale droite; nouvelles plaques sur les piliers postérieurs des deux côtés et sur la face postérieure de la luette; adénite sous-maxillaire à droite, mais peu considérable; voix normale, coryza intense, toux rare, rien dans la poitrine; état général assez bon. T. R. 38°,8. Vomitif; ajouter 60 gr. de vin de quinquina au traitement. — *Soir :* T. R. 39°.

25 février. — Les *fausses membranes* persistent, mais sont moins larges et moins nombreuses; pas d'exagération de l'adénite; aucune complication dans les voies respiratoires; sommeil excellent; retour de l'appétit. Les *injections sous-cutanées de pilocarpine* provoquent une salivation abondante; on fera chaque injection de 15 gouttes au lieu de 10. Troisième vomitif demain matin. T. R. 38°,8. — *Soir :* T. R. 38°,6.

26 février. — Pas de modification notable. T. R. 38°. — *Soir :* T. R. 38°,2.

27 février. — L'état local et l'état général sont assez satisfaisants, les fausses membranes sont punctiformes ; mais on constate le début d'une *paralysie du voile du palais ;* le lait revient par le nez et souille la lèvre supérieure. T. R. 38°,4. — *Soir :* T. R. 38°.

28 février. — Même état. T.R. 38°. Un vomitif demain. — *Soir :* T.R. 38°.

1er mars. — Réduction des fausses membranes à une petite ligne verdâtre siégeant à la partie supérieure de l'amygdale droite : diminution du gonflement sous-maxillaire ; aucune apparence de nouvelle complication : même état de paralysie. T. R. 38°. — *Soir :* T. R. 38°.

2 mars. — La rougeur et les fausses membranes ont totalement disparu ; cessation des injections de pilocarpine. Continuation des autres prescriptions. T. R. 38°. — *Soir :* T. R. 38°.

3 mars. — T. R. 37°,8. — *Soir :* T. R. 37°,8.

4 mars. — T. R. 37°,8. — La paralysie du voile du palais persiste seule. Rejet des aliments liquides par le nez, voix nasonnée, difficulté de souffler une bougie et issue de l'air par le nez ; altération de la prononciation des lettres. Les labiales sont prononcées distinctement.

5 mars. — T. R. 37°,8. — *Soir :* T. R. 37°,6.

6 mars. — T. R. 37°,6. — *Soir :* T. R. 37°,6.

7 mars. — L'enfant est guéri, sauf encore un peu de paralysie, et pourra retourner en classe.

1889. 28 mai. — R... a eu plusieurs accès ce matin. Hébétude, abattement, langue sale, pâteuse, portant l'empreinte des dents. *Traitement :* vomitif et purgatif.

16 juin. — L'enfant a eu 10 accès.

17 juin. — 8 accès dans la nuit. Ce matin T. R. 39°. R... est abattu, les yeux sont hagards ; il a des secousses. Large eschare au grand trochanter droit. Pas de selles depuis deux jours.

18 juin. — L'enfant a encore eu des vertiges. T. R. 39°. Gâtisme.

19 juin. — T. R. 39°. La face est légèrement bleuâtre ; le pouls est régulier, rapide, à 110, mais peu résistant. Ventre creusé en bateau, yeux excavés ; sécrétion séro-purulente des conjonctives. Large eschare fessière à gauche ; petites eschares trochantériennes des deux côtés. Pas d'appétit. L'enfant n'a pas eu d'accès hier ni aujourd'hui. — *Soir :* T.R. 40°. Abattement prononcé. Rétention d'urine pour laquelle on sonde le malade ; l'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Les membres sont dans la résolution ; anesthésie plantaire. — Potion de Todd avec 4 gr. d'extrait de quinquina ; lavement au sulfate de quinine, 50 centigr. Ventouses sèches sur la poitrine. — Sinapismes aux membres inférieurs.

20 juin. — Même état de dépression et d'abattement. La température, la respiration, le pouls ont augmenté parallèlement de fréquence. Le malade n'a pas uriné et en le sondant on ne lui retire que 15 centil. d'urine. Il ne paraît plus reconnaître ceux qui l'approchent. Les pupilles sont contractées, la bouche entr'ouverte, la langue très sèche. — Face plombée, front couvert de sueur. — Raie méningitique très marquée. — Coma profond. — Mort.

Voici le relevé des accès consignés depuis l'entrée :

1881	211	accès.	30	vertiges.
1882	35	—	4	—
1883	25	—	3	—
1884	76	—	3	—
1885	137	—	2	—
1886	167	—	2	—
1887	169	—	4	—
1888	205	—	4	—
1889 (20 juin)	117	—	14	—

Autopsie : le 21 juin (25° de chaleur à l'ombre). — *Thorax.*— *Cœur et péricarde* normaux. — *Poumon droit* : Pas de liquide dans la plèvre. Adhérences celluleuses assez résistantes sur toute son étendue, même au diaphragme. Congestion intense à la base. Pas de tubercules. — *Poumon gauche* libre d'adhérences, légèrement congestionné à la base. Pas de tubercules.

Cou. — *Corps thyroïde* normal (16 gr.). Quelques traces de *thymus.*

Abdomen. — *Rate :* rien de particulier (95 gr.). — *Foie* normal (1.010 gr.) — *Muqueuse* de l'estomac et de l'intestin normale. — *Vessie* normale. *Testicules* dans les bourses. — *Reins* très congestionnés. Le droit pèse 110 gr. et le gauche 90.

Les *muscles* de l'avant-bras et du bras sont beaucoup plus minces et plus pâles du côté droit que du côté gauche.

Tête. — Pas d'adhérence de la *dure-mère.* Une fois la dure-mère enlevée, apparaît sur l'hémisphère gauche un kyste rempli d'un liquide clair assez abondant (60 à 100 gr.). La *pie-mère* est tellement fine qu'elle est très difficile à enlever ; toutefois, il n'y a pas d'adhérences.

Hémisphère droit	540gr
— gauche	275
Cervelet droit	75
— gauche	80
Protubérance et bulbe	25

L'*artère sylvienne gauche* est plus petite que celle du côté droit. Au niveau du kyste, son calibre est entièrement réduit et elle ressemble à un cordon presque fibreux. — Les *nerfs de la base* n'offrent pas de différence sensible à l'œil nu. — Les *pédoncules* et les *pyramides* gauches sont beaucoup plus petits qu'à droite, et moins saillants. — En raison de la chaleur, la moelle est dans un état de ramollissement qui en rend la conservation impossible.

Hémisphère gauche. — *Face convexe.* Tout le territoire de la sylvienne est occupé par un *kyste volumineux*, qui s'est creusé une loge aux dépens de la substance grise et blanche de l'hémisphère et qui a détruit la partie postérieure de la 3e frontale, la frontale ascendante sur presque toute son étendue, ainsi que la pariétale ascendante, tout le lobule pariétal inférieur, le pli courbe, les deux premières temporales. Cette poche

kystique a sa paroi externe formée par une membrane qui se confond complètement avec la pie-mère, assez mince sur toute son étendue. Au niveau de la substance cérébrale, au contraire, cette membrane s'épaissit, adhère intimement à la substance cérébrale dans les anfractuosités de laquelle elle pénètre. — Le fond de la poche est formé par cette membrane lisse, et doublée d'une mince couche de substance blanche qui la sépare du ventricule latéral et des noyaux gris. Il n'existe aucun orifice de communication avec le ventricule. Les limites du kyste sont fort irrégulières, anfractueuses et formées par des circonvolutions détruites ne présentant pas d'arrêt net, et ne plongeant pas dans la poche.

Lobe frontal. — La scissure de Sylvius et le sillon de Rolando n'existent plus. On trouve la *1re frontale* complète. Elle est formée d'une grosse circonvolution sinueuse, réunie à la 2e en avant par un gros pli de passage et séparée sur le reste de son étendue par un sillon profond. Un sillon assez net la divise en deux circonvolutions parallèles dans sa moitié antérieure. En arrière, elle s'insère par un pli assez étroit sur ce qui reste de la frontale ascendante. — La *2e frontale* est très sinueuse, étroite en avant, très développée en arrière. De profonds sillons transversaux la segmentent presque complètement. L'insertion sur la frontale ascendante n'existe plus. — La *3e frontale* est détruite dans sa moitié postérieure, quoique le malade n'ait jamais présenté d'*aphasie*. Elle est formée en avant par une petite masse bilobée, puis une circonvolution repliée sur elle-même dont la partie postérieure a disparu.

Frontale ascendante. — Il n'existe que deux vestiges, l'un au-dessous de la première frontale, à demi détruit, et un au-dessus où s'insère la *1re* frontale. — *Sillon de Rolando* réduit à une ligne coudée de 2 cent. 1/2. — *Pariétale ascendante* réduite à son 1/3 supérieur. — *Pariétale supérieure* assez volumineuse, formée de deux masses séparées par un sillon bifide au milieu, et distinct du lobe occipital grâce à un profond sillon.

Lobe occipital. — Il est formé d'une grosse circonvolution quadrilatère se continuant en arrière avec un petit pli qui serpente au-dessous d'elle en se repliant sur lui-même, et tout à fait à l'extrémité postérieure du lobe par une petite circonvolution triangulaire qui est réunie au-dessous avec la 1re temporale.

Lobe temporal. — La *1re temporale* est complètement détruite dans ses 3/4 antérieurs et formée d'un pli simple qui rejoint en arrière le lobe occipital. Il en est de même de la 2e temporale. — La *3e temporale* est à peu près conservée surtout dans sa partie inférieure et, en arrière, elle est presque séparée de sa partie antérieure par un angle dans lequel vient s'encastrer la 2e temporale réduite à un coin.

Face interne. — *1re temporale* très développée surtout en bas et séparée en deux circonvolutions par un sillon à digitations profondes de chaque coté. Au-dessus, nouveaux sillons transversaux et antéro-postérieurs en forme de T fragmentant la circonvolution. — *Sillon calloso-marginal* régulier en avant, anfractueux en arrière. — *Circonvolution du corps calleux* régulière et mince en avant, très développée et irrégulière comme le sillon calloso-marginal lui-même en arrière. — *Lobe paracentral* petit, peu net en avant où il se confond avec la partie postérieure de la 1re frontale. — *Lobe quadrilatère* petit, trapézoïde en avant et séparé par un petit sillon de

la partie postérieure quadrilatère, très développée, divisée par un sillon vertical partant du bord de l'hémisphère. — *Cuneus* peu nettement limité. Sillons superficiels. Pli de passage se réunissant en haut avec le précuneus. — *Scissure calcarine* très profonde, allant jusqu'à la fente de Bichat.

4e *Temporale* assez irrégulière comme diamètre, peu séparée en avant de la circonvolution supérieure, très nettement au contraire en arrière par un sillon creux, bifide en avant.

Lobe occipital formé de petites circonvolutions separées par des sillons étroits et peu profonds.

Circonvolution de l'hippocampe assez large, unie, séparée en deux à sa partie moyenne par le sillon dont nous avons parlé pour la 4e temporale. — *Lobe orbitaire et gyrus rectus*. Rien de particulier. — *Corne d'Ammon* petite, non sclérosée. — *Corps opto-strié*, rien de particulier. — *Ventricule latéral* non dilaté.

Hémisphère droit. Face convexe. — *Lobe frontal. 1re frontale* étroite, s'insère directement sur la frontale ascendante. Sinueuse en avant, elle se continue avec un pli très sinueux appartenant à la 2e frontale, et le sillon qui la sépare de la 2e frontale n'existe que dans ses 2/3 postérieurs. — *2e frontale* très développée surtout en arrière. On trouve d'avant en arrière une circonvolution sinueuse se contournant avec la 1re frontale,et séparée d'une autre inférieure qui se contourne en avant, un peu avant d'arriver au bord antérieur, pour se continuer avec la 3e frontale. En arrière de cette masse se trouve un sillon assez marqué, vertical ; puis une autre masse en forme de quadrilalère allongé verticalement et élargi en haut, séparée par un sillon très profond d'une dernière masse postérieure. Cette masse séparée en deux par un sillon antéro-postérieur qui divise transversalement la frontale ascendante s'insère largement sur cette frontale, au-dessus et au-dessous du sillon. La *3e frontale* est séparée de la 2e frontale par un sillon, qui n'existe que dans les 2/3 postérieurs, large et profond. En avant, pli de passage sur la 2e frontale et circonvolutions à peine marquées à la pointe antérieure du lobe. Très large en arrière, elle est séparée presque complètement par un petit sillon de la frontale ascendante, sur laquelle elle ne s'insère que par un petit pli à la partie inférieure. — La *frontale ascendante* est très étroite en bas, elle est presque complètement divisée au milieu par le sillon dont nous avons parlé à propos de la 2e frontale. — Le *sillon de Rolando* est très sinueux. — La *scissure de Sylvius* large, peu prolongée en arrière, sa branche antérieure peu distincte.

Lobe pariétal. — *Pariétale ascendante*, normale, large en bas, se rétrécit ensuite, pour s'élargir de nouveau dans sa partie moyenne et enfin aboutir, en s'effilant, au bord supérieur de l'hémisphère. Aucun pli de passage avec le lobe pariétal. Quelques sillons transversaux peu profonds. — *Lobule pariétal supérieur* assez bien développé, formé d'une masse de circonvolutions assez sinueuses, mais peu saillantes, se continuant en arrière avec une circonvolution verticale qui arrive jusqu'à la scissure parallèle. — *Scissure interpariétale* assez étendue, très profonde en arrière. — *Lobule du pli courbe* bien développé. La scissure de Sylvius se prolonge presque jusqu'à la scissure interpariétale, le divisant ainsi en deux circonvolutions. — *Pli courbe*, séparé du lobule du pli courbe par

un sillon étroit, il est composé de deux circonvolutions séparées par un sillon vertical qui rejoint la scissure interpariétale. La circonvolution antérieure a une forme de coin qui se noie dans la scissure parallèle et qui est divisé en trois masses, une supérieure quadrilatère, une carrée au-dessous, et une triangulaire en bas, séparées par des sillons transversaux. La circonvolution postérieure se continue en haut avec la pariétale supérieure et s'arrête en bas à la scissure parallèle.

Lobe occipital. —Il se compose d'une masse irrégulière comprise entre la scissure perpendiculaire externe et un large sillon qui la sépare des circonvolutions inférieures, lesquelles sont unies, simples, étroites et verticales au nombre de trois.

Lobe temporal. — *1re temporale*, assez courte, à peine sinueuse, aboutit en arrière à la partie antérieure et inférieure du pli courbe.

La *scissure parallèle* est large, anfractueuse, profonde. — La *2e temporale* est développée, plus sinueuse que la première, et présente d'assez nombreux sillons transversaux peu profonds. — La *3e temporale* n'est distincte qu'en arrière, où elle se confond avec le lobe occipital. — *Lobule de l'insula*, rien de particulier.

Face interne. — *Frontale interne* bien développée; elle forme en avant une circonvolution simple, offrant quelques sillons superficiels puis dans son quart postérieur présente un petit lobule quadrilatère presque détaché du reste de la circonvolution et séparé du lobe paracentral par un sillon très profond. — *Sillon calloso-marginal* profond, formant une encoche pour recevoir le lobule postérieur de la frontale interne. — *Lobule paracentral* bien développé, traversé par un petit sillon vertical et un autre antéro-postérieur superficiel. — *Circonvolution du corps calleux*, simple et étroite en avant, s'élargit en arrière. Elle est séparée de la partie postérieure par un sillon qui se continue avec celui qui limite en arrière le lobule paracentral. En arrière elle se confond avec le lobule quadrilatère. — *Lobe quadrilatère* très large, formé de trois circonvolutions séparées par des sillons verticaux assez profonds, qui aboutissent à un sillon en fer à cheval limitant la circonvolution du corps calleux en arrière du sillon calloso-marginal.

Scissure calcarine, très profonde. — *Cuneus* à peine marqué. — Le *lobe occipital* se compose d'une petite masse de circonvolutions séparées par un sillon étoilé à quatre branches.

Circonvolutions temporo-occipitales. La 1re est large avec quelques sillons transversaux, superficiels. Une longue scissure étroite la sépare de la 2e. Celle-ci est unie, sans sillons superficiels. — La *3e temporale* est bien visible sur la face inférieure. Elle est divisée en deux parties presque égales par un sillon transversal profond. — *Lobe orbitaire* et *gyrus rectus*, rien de particulier. — *Corps opto-strié* normal. — *Ventricule latéral* non dilaté (1).

Ces deux groupes, comprenant chacun deux cas, mis en regard,

(1) On trouvera dans le *Progrès médical*, dans la thèse de notre ancien élève le Dr Wuillamié, et dans les *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre (1880 à 1889), plusieurs observations analogues. Quelques-unes sont accompagnées de planches ou de figures (B.).



nous montrent d'une manière évidente la différence qu'ils présentent au point de vue anatomique et au point de vue pathogénique et il suffit d'examiner sommairement les photographies que nous mettons sous les yeux des membres du Congrès pour s'en convaincre. Nous pensons donc pouvoir conclure :

1° Il y a lieu de distinguer *deux formes* de *porencéphalie* : la *porencéphalie vraie* et la *pseudo-porencéphalie.*

2° La *porencéphalie vraie* est le résultat d'un arrêt de développement, et est par conséquent congénitale ; la pseudo-porencéphalie est consécutive à un processus destructif, probablement dû à un trouble circulatoire, et survient soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard.

3° Dans la *porencéphalie vraie* il y a communication de la dépression avec le ventricule latéral. Dans la *pseudo-porencéphalie* cette communication n'existe pas. Toutefois cette disposition n'a pas une valeur absolue, car on peut très bien supposer que le processus nécrobiotique détruise complètement la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral et établisse ainsi une large communication avec lui.

4° La disposition des circonvolutions a, au contraire, une plus grande importance. Dans la *porencéphalie vraie,* elles sont disposées en rayonnant autour du porus dans lequel elles plongent. Dans la *pseudo-porencéphalie,* au contraire, les circonvolutions sont coupées irrégulièrement et les parties qui en ont été respectées, n'ont subi aucune déviation dans leur direction.

5° La *forme de la dépression* est bien différente dans les deux cas : dans la porencéphalie vraie on a une sorte d'infundibulum, quelquefois une simple fente, ou un orifice presque circulaire, Dans la pseudo-porencéphalie on a une vaste excavation béante dont les parois, au lieu d'être formées par les circonvolutions, sont constituées par la substance blanche recouverte de la membrane du pseudo-kyste qui lui adhère intimement.

6° Malgré l'étendue relativement beaucoup plus considérable de la pseudo-porencéphalie, les phénomènes psychiques peuvent être moins marqués que dans la porencéphalie vraie qui s'accompagne presque toujours d'idiotie complète. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à MM. Bourneville et Camescasse pour leur communication.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MICROCÉPHALIE

MM. Bourneville, *médecin de Bicêtre et* Camescasse, *interne des hôpitaux.* — Malgré l'important mémoire de Carl Vogt et la thèse de M. Ducatte, la microcéphalie a été peu étudiée jusqu'ici en France, surtout au point de vue clinique et au point de vue du traitement. Ces auteurs, comme ils l'ont dit eux-mêmes du reste, ont examiné cette question au point de vue de l'atavisme, tout en présentant au courant de leur travail quelques réflexions sur les caractères propres aux microcéphales. Après avoir mis sous les yeux des membres du Congrès, les documents que nous possédons sur ce sujet, nous ferons quelques remarques sur les points suivants : les antécédents héréditaires des microcéphales, leur développement physique, le développement de leurs organes génitaux et leur éducabilité.

Carl Vogt dit [1] : « La microcéphalie est une formation atavique partielle, qui se produit dans les parties voûtées du cerveau et qui entraîne, comme conséquence, un développement embryonnaire dévié, lequel ramène, par ses caractères essentiels, vers la souche depuis laquelle le genre humain s'est élevé. » Il s'appuie : 1° sur des analogies constatées entre des crânes et des cerveaux de singes; 2° sur l'absence de caractères morphologiques ou pathologiques chez les ascendants des microcéphales. « Partout, dit-il, où des renseignements nous sont transmis, père et mère jouissaient d'une bonne santé, étaient forts et robustes, et n'ont succombé qu'à des maladies ordinaires. Toutefois, ajoute-t-il, si l'on voulait nier, en se fondant sur ce fait, une certaine disposition chez les parents, on serait vite contredit par les cas assez nombreux où plusieurs enfants microcéphales naissent conjointement avec d'autres enfants normaux du même couple [2]. »

M. Ducatte en faveur de la même opinion fait remarquer que

(1) C. Vogt. *Mémoire sur les microcéphales ou hommes singes*, p. 197.

(2) *Ibid.*, page 187. — Consulter aussi une *Note sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales*, lue par M. Baillarger à l'Académie de médecine, le 29 juillet 1856; — *die Microcephalie und ihre Ursachen. Inaugural Dissertation zur Erlangung der Doctorwurde bei der medizinischen Facultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn*, etc., von Heinrich Gerartz. Bonn 1874. — *Untersuchungen über den Bau eines microcephalen Hirnes*, von Rohon. Wien, 1879. etc., etc. — Voir notre Observation III.

la dégénérescence intellectuelle donne aux idiots, dans leurs fonctions, les ressemblances qui leur méritent les noms d'animaux divers : homme-oiseau, homme-lapin, chien, singe, brebis, sauterelle [1]. « Quand j'ai trouvé, dit-il, la scissure sous-pariétale propre aux mammifères gyrencéphales osmatiques, le pli pariéto-limbique postérieur profond des chats, le pli cunéo-limbique superficiel des singes, j'ai été forcé de reconnaître qu'il y avait là d'évidentes réversions ataviques, et dès lors, d'autres caractères moins décisifs m'ont paru plus vraisemblablement de nature atavique. Ainsi la calotte occipitale, la continuité du sillon pariétal avec la scissure occipitale externe, la longueur du premier sillon temporal. Plus loin les anomalies non cérébrales sont venues me confirmer dans l'opinion que je m'étais formée ; telles l'absence d'appendice cœcal, le cœcum flottant, l'utérus bicorne, le vagin double. » Puis cet auteur ajoute : « Outre les caractères fœtaux et les caractères ataviques, j'ai trouvé encore des déviations de développement étrangères à tous les types spécifiques actuels (doigts supplémentaires, reins réunis sur la ligne médiane, intersection fibreuse unique du grand droit de l'abdomen). » Sans entreprendre de juger jusqu'à quel point sont comparables les vices de conformation qu'on rencontre chez les microcéphales aux étapes parcourues par les organes dans leur développement, nous ferons ressortir les particularités suivantes : puisque, de l'aveu même de ces auteurs, on rencontre, outre des anomalies ressemblant à des caractères morphologiques parfaitement connus chez des animaux moins élevés dans l'échelle, des anomalies qui ne se rapprochent d'aucun type connu, peut-on conclure à la réversion atavique ? Il faut au moins admettre qu'elle n'explique pas tout. Est-il vrai, d'autre part, que les antécédents héréditaires des microcéphales, par leur caractère négatif, viennent à l'appui de la théorie de la réversion atavique ? Le contraire paraît évident. Et il faut admettre que la difficulté de retrouver les antécédents des malades a dû seule faire dire à C. Vogt, que les parents étaient tous forts et robustes et sans tare aucune. Chez un seul de nos malades ces antécédents ne révèlent presque rien : c'est pour le malade Cluto... dans les antécédents duquel on ne note que : 1° une impression très-vive chez la mère peu avant la conception, mais se prolongeant pendant toute

[1] Ducatte. Thèse de Paris, 1880, p. 90.

la grossesse et les premiers mois de l'allaitement. Cette impression a été causée par la vue d'une folle qui avait des attaques mal définies et que la mère de notre malade a soignée. Elle nous a dit elle-même que, pendant toute sa grossesse, elle avait toujours peur « de voir arriver la folle »; 2° des convulsions chez le malade. Dans tous les autres cas, les antécédents pathologiques de nos malades sont très chargés.

Pour Jan. : père alcoolique; oncle maternel aliéné; deux frères morts de convulsions; lui-même a eu des convulsions à un an.

Pour Mari.. : père suicidé; grand-père paternel mort fou.

Pour Arnou.. : mère nerveuse (attaques); grand-père maternel alcoolique; grand'tante maternelle migraineuse, convulsions chez le malade.

Pour Nig... : père alcoolique et rhumatisant. Convulsions.

Pour Cliq.. : père migraineux, mort d'intoxication mercurielle (miroitier); oncle paternel mort fou; mère et grand'mère maternelle nerveuses. Convulsions.

Pour Maz... : grand-père et arrière-grand-père paternels alcooliques, ainsi que deux grands oncles paternels; mère et grand'mère maternelle migraineuses.

Pour Chér. : père, oncle paternel et frère alcooliques; mère, pertes de connaissance mal caractérisées; grand'mère maternelle carcinomateuse.

Pour Edern : père, hébétudes passagères consécutives à une grande application à la musique; sœur idiote; deux frères, mobilité et idiotie.

D'où il ressort que, dans sept cas où les recherches ont pu être faites, nous avons noté cinq fois les convulsions de l'enfance chez les malades eux-mêmes.

Au point de vue du développement physique, et surtout de la taille, Gratiolet [1] considère les microcéphales comme une espèce particulière de nains ne dépassant pas la taille d'un enfant de dix ans. Edern, dont l'observation a été publiée en 1882, par l'un de nous (M. Bourneville), était très-grand, fort et vigoureux. Chér., qui a été soldat quinze ans, avait une taille de 1 m. 65 [1]. Cluto..., âgé de treize ans, mesurait 1 m. 30. Jan., a 1 m. 56, Cliq.., 1 m. 43.

(1) Voir notre premier mémoire, avec planches et figures, *sur la microcéphalie* (en collaboration avec M. Wuillamié) dans notre *Compte rendu de Bicêtre* pour 1881, p. 27, et *Société anatomique*, 1881.

Arnou.., âgé de treize ans, mesure 1 m. 33; Mari.. n'a que 1 m. 29 malgré son âge de quinze ans. Nig.. a une taille assez élevée, puisqu'elle est de 1 m.19 à onze ans. Seul Mazi.. pourrait être rapproché des nains, il mesure 0 m. 65 seulement; mais il n'a que cinq ans et sans doute se développera.

Carl Vogt dit peu de chose au sujet du développement des organes génitaux et de leur fonctionnement chez les microcéphales : « De parents normalement constitués naissent, dit-il, des enfants viables, vivant assez longtemps, capables sans doute de procréer, la menstruation le prouve [1]. » Voici maintenant, l'opinion de M. Ducatte : chez les microcéphales, « la puberté manque [2] » et, « chez ceux dont l'état sexuel a été observé, il y a toujours, avec ou sans atrophie des organes, absence complète de manifestations génésiques, à l'exception toutefois de Conrad Schuttelndreyer [3] qui, une seule fois, eut l'air de vouloir violer la femme de son frère, et de la Paria indoue, de Schort, qui eut, paraît-il, un enfant mort-né. « Peut-être, ajoute-t-il, ce fait est-il de nature à jeter quelque doute sur la qualité de microcéphale de cette femme, si on considère d'autre part que l'on ne connaît que sa circonférence crânienne; néanmoins le fait d'une microcéphale devenue mère, bien qu'il soit unique dans les cas connus, peut être considéré comme vraisemblable, tandis que la paternité d'un microcéphale ne le serait pas. »

Voici le résultat de nos observations. Les organes génitaux de Chér.. étaient normaux, la verge était très développée, les testicules étaient assez gros.

Les organes génitaux d'Edern étaient très développés : l'onanisme a été constaté. Chez Cluto..., la verge avait une longueur de 7 centimètres et 6 centimètres de circonférence. Ses testicules avaient le volume d'une olive, le droit paraissait être un peu plus volumineux que le gauche.

Jan.. a la moustache assez marquée, le menton couvert de poils peu longs, assez abondants; le pénil est couvert de poils se prolongeant sur les aines et jusqu'à l'ombilic. La verge a une longueur de 9 centimètres et 10 centimètres de circonférence. Les testicules ont le volume d'un œuf de pigeon. Jan.. se masturbe et a même tenté plusieurs fois de sodomiser d'autres enfants.

(1) C. Vogt, p. 187 et 188.
(2) Ducatte, th. citée, p. 11 (3) et p. 31.
(3) Carl Vogt, p. 26.

Arnou.. a des organes génitaux de développement ordinaire. Longueur de la verge : 52 millimètres; circonférence : 62 millimètres. L'onanisme a été constaté. Les testicules ont le volume d'un noyau de pêche.

Mari.. a des organes génitaux peu développés pour son âge (quinze ans). Verge : longueur, 50 millimètres; circonférence, 60 millimètres. Les testicules ont le volume d'une petite olive.

Nig.. a des organes normaux, étant donné qu'il n'est âgé que de onze ans. Mazi.. n'offre rien de particulier à noter.

Seul, Cliq.., âgé de vingt et un ans, idiot complet, présente une malformation de la verge, deux torsions : 1° une première en vertu de laquelle la face supérieure devient face latérale gauche; une deuxième dans le sens antéro-postérieur formant un angle ouvert à droite. Les testicules sont normaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. La verge est longue de 11 centimètres, sa circonférence est de 8 centimètres et demi.

En 1882, l'un de nous (M. Bourneville) indiquait dans l'observation d'Edern quelques succès d'éducation, péniblement obtenus par M. Delasiauve. Aujourd'hui, le nombre des sujets du service permet d'affirmer l'éducabilité relative des microcéphales, la possibilité de les améliorer, même très-notablement.

Observation I

Sommaire. — Antécédents paternels et maternels négatifs. Impression maternelle vive avant la conception, se prolongeant pendant et après la grossesse. Pas de consanguinité. Premières convulsions à six mois. Idiotie complète : bave, balancement, gâtisme, etc. Marche à trois ans et demi. Microcéphalie très prononcée. Prognathisme supérieur. Diphtérie ; mort. Résultats de l'autopsie : absence presque complète de la convexité occipitale. Acrocéphalie. Arrêt de développement et malformations considérables du cerveau. Encéphale : 490 gr.

Cluto.., Léon-Eugène, né à Vauvillé (Seine-et-Marne) le 17 mai 1876, est entré à Bicêtre (service de M. le Dr Bourneville) le 17 avril 1889.

Antécédents (renseignements fournis par son père et sa mère). — *Père*, quarante-huit ans, homme de peine, auparavant laboureur à son compte jusqu'à quarante-quatre ans, venu à Paris après des pertes d'argent ; pas d'excès de boisson, pas de convulsions de l'enfance, de fièvre typhoïde, de maladie de peau. Ni rhumatismes, ni migraines, ni névralgies, ni syphilis. [*Père*, laboureur, sobre, bien portant, sans accidents nerveux ; mort en tombant d'un arbre. — *Mère*, soixante-treize ans, aucune manifestation nerveuse, rhumatismale, ni dartreuse. — *Grand-père paternel*, mort on

ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle*, morte vers quatre-vingts ans, ni démence, ni paralysie. — Une *tante paternelle* non nerveuse, ainsi que ses deux enfants. — *Grands parents maternels*, pas de renseignements. — Deux *oncles maternels* bien portants de même que leurs enfants. — Une *tante maternelle* morte on ne sait de quoi, sans enfants. — Trois *frères* et une *sœur*, sans accidents nerveux, non plus que leurs enfants. Pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, de difformes, de suicidés, de criminels dans la famille.]

Mère, quarante-six ans, cultivatrice, assez grande, de physionomie régulière, intelligente. Ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni migraines, ni névralgies, ni maladies de peau. [*Père*, laboureur, sobre, non nerveux, de même que la *mère*, âgée de soixante-dix ans. — *Grands parents paternels* morts on ne sait de quoi. — *Grand-père maternel* mort à soixante-quatorze ans, épuisé par le travail, enflé des jambes; il n'avait jamais été malade. — *Grand'mère maternelle* morte vers soixante-quinze ans à la suite d'un traumatisme. — *Oncle paternel* mort vieux d'une fluxion de poitrine, sans accidents nerveux ni chez lui, ni chez ses enfants. — Deux *tantes paternelles* mortes : l'une à la suite d'une opération pratiquée pour « une grosseur de l'anus » : pas d'accidents nerveux chez elle ni chez ses enfants. — Deux *frères* et une *sœur* en bonne santé et sans accidents nerveux, ainsi que leurs enfants. Pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité ; différence d'âge de deux ans.

Quatre *enfants*. — 1° et 2° Deux jumelles, nées à huit mois, mortes en venant au monde. Elles étaient bien conformées, la tête, en particulier, était bien proportionnée. Pas d'autre cas de gémellarité dans la famille. — 3° Fille, seize ans, bien portante, intelligente, tête et traits réguliers; caractère doux ; elle n'a pas eu de convulsions et n'est pas nerveuse.

4° *Notre malade*. — A la conception, parents bien portants, vivant en bonne intelligence. Toutefois nous devons dire que deux mois environ avant la conception la mère a été vivement impressionnée par la vue, toute une nuit, d'une voisine qui était folle et avait des crises convulsives avec renversement de la tête, figure hideuse, grands mouvements des membres, etc. Nous notons ce fait, parce que la mère nous dit être restée longtemps sous cette impression. La *grossesse* a été bonne, mais l'idée de cette folle hantait l'esprit de la mère; elle en rêvait la nuit : une fois même elle s'est réveillée brusquement, croyant voir «la folle» arriver sur elle. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, en quatre heures; la tête a passé facilement : elle était, proportionnellement au corps, plus petite qu'elle ne l'est aujourd'hui. — A la *naissance*, l'enfant était chétif, sans asphyxie; il a crié tout de suite, mais son cri, au dire des parents, ne ressemblait pas à celui des autres enfants : il était « aigre ». Élevé au sein par sa mère qui, pendant les premiers mois de l'allaitement, a continué d'avoir les mêmes idées de peur à propos de « la folle » ; ses craintes ont ensuite disparu peu à peu.

Premières convulsions à six mois; elles ont été précédées d'un malaise (fièvre, refus du sein). Tout le corps était raide, les poignets retournés, les yeux déviés, pas d'écume, pas de vomissements. Les convulsions, égales des deux côtés, ont duré dix à quinze minutes, puis ont cessé pour reprendre une heure ou une heure et demie plus tard ; les alternatives de crises et de calme se

sont reproduites pendant trois jours, à peu près dans les mêmes conditions. A la suite l'enfant est resté malade durant quelques semaines ; il ne prenait que quelques cuillerées de lait ou de médicaments. Le tout a duré environ un mois.

Avant les convulsions, l'enfant était toujours très constipé. Des périodes de constipation de cinq à sept jours alternaient avec des débâcles; les yeux n'étaient pas déviés, mais déjà ils remuaient presque constamment. « Il paraissait ne rien voir. On ne pouvait fixer son attention.» Il ne riait pas, n'essayait pas de gazouiller comme les autres enfants : quand les convulsions l'ont pris, il était encore chétif, et était allaité par une voisine, sa mère n'ayant plus de lait.

Après les convulsions, Clu..., a été nourri au biberon avec du lait de vache. Les yeux étaient tournés : les jambes plus faibles qu'auparavant et au même degré. L'enfant grinçait parfois des dents ; il avait un balancement antéro-postérieur du tronc. Pas de succion, de grimaces, de secousses ni d'étourdissements. Il n'a jamais eu d'autres *convulsions* ; mais il est toujours resté « malendreux ». — Bave persistante, devenant parfois très abondante. Première dent à un an? On ne sait à quel âge il a eu ses vingt dents. Il n'a jamais été propre ; il a marché vers trois ans et demi, mais s'il tombait par terre, il n'essayait pas de se relever.

Clu... a, dit-on, fréquemment le sang à la tête ; il a été sujet à des épistaxis fréquentes jusqu'à onze ou douze ans ; elles survenaient sans cause appréciable et étaient parfois si abondantes qu'on avait peine à les arrêter. Il ne distingue ni son père ni sa mère et partant ne leur a jamais témoigné d'affection. On assure qu'il ne voit pas de loin. Le sommeil est bon ; vers huit ans seulement l'enfant a poussé des cris la nuit, durant deux semaines environ.

Dans le jour il reste sur la chaise où on le pose, sans bouger, ou, si on le promène par la main, il ne manifeste aucune satisfaction. Tout ce qu'il fait, c'est de porter un morceau de pain à sa bouche et seulement s'il a bien faim. D'ordinaire il faut le faire manger et boire. La mastication est assez bonne ; il mange un peu de tout, n'est pas salace : le goût est assez développé : il refuse certains aliments et, quand sa mère faisait cuire un aliment qui lui plaisait, il venait se frotter contre elle. Pas de vomissements, par de rumination.

Croûtes dans les cheveux vers neuf ans. Engelures aux mains ; pas d'adénites, d'ophthalmies, d'otite, de dartres, de vers intestinaux, etc. Aucune fièvre éruptive, aucun traumatisme. Pas d'onanisme : cependant on lui trouvait quelquefois, la nuit, les mains sur les organes génitaux.

L'enfant est entré à l'Asile clinique (Sainte-Anne), le 21 mars, sans avoir été au préalable admis dans aucun hôpital.

État actuel (25 avril 1889). Poids, 21 kilogr. ; taille, 1 m. 30.

La *tête* est très petite et relativement haute. Le crâne est arrondi ; la région occipitale à peu près nulle. La face est allongée, le front très bas et très étroit. Les bosses frontales, assez fortes, sont symétriques. La bosse nasale et les arcades sourcilières sont très prononcées. La dépression temporale est peu marquée et la saillie des pommettes ordinaire. Les cheveux sont brun foncé, assez fournis en arrière, rares au contraire sur la partie

supérieure de la tête: les deux tiers du cuir chevelu sont dénudés. Les sourcils, de même couleur, sont assez fournis et séparés par un intervalle de 15 millimètres. Les oreilles, de dimensions moyennes, sont peu écartées de la tête et bien ourlées ; le lobule est détaché.

Les yeux sont grands, saillants ; la fente palpébrale est oblique en haut et en dehors ; les cils assez longs et nombreux. L'iris est gris perle, les pupilles égales. Il n'y a pas de strabisme. — Le nez est long, légèrement busqué, les narines à peu près horizontales. La bouche est grande, jamais complètement fermée ; les lèvres sont épaisses, surtout l'inférieure ; il existe un léger prognathisme supérieur : six dents du haut sont complètement découvertes. Le menton est un peu pointu et porté en avant.

La *mâchoire supérieure* est large, le palais peu profond, avec projection du bord alvéolaire en avant ; elle offre 14 dents saines, fortes, écartées. Les incisives et les canines, très obliques en avant, donnent à la physionomie un aspect particulier, bestial. — La *mâchoire inférieure* porte 14 dents fortes, assez bien rangées, peu serrées, longues ; les dents antérieures sont obliques en avant, ce qui donne à la face un aspect angulaire. A droite et à gauche la première molaire est profondément cariée. — L'*articulation*, quoique la disposition générale des mâchoires soit anormale, est exacte, c'est-à-dire que les dents se rencontrent dans leurs rapports normaux.

La *face* dans son ensemble est continuellement agitée de petits *mouvements convulsifs*, faisant s'abaisser la peau de la partie inférieure du front et les sourcils, et élevant les coins des lèvres en haut et en dehors.

Le *cou*, maigre, mesure 24 cent. 1/2 de circonférence. La saillie des sterno-mastoïdiens est assez forte, le creux sus-claviculaire peu marqué.

La face antérieure du *tronc* est symétrique ; le ventre peu volumineux et souple. La face postérieure du tronc, semblable à droite et à gauche, n'offre pas de déviations rachidiennes ; les omoplates sont également saillantes des deux côtés. Circonférence sous les aisselles : 63 centimètres également répartis.

Les *membres* sont longs et grêles, de mêmes dimensions à droite et à gauche. Les ongles et les doigts sont normaux ; ceux-ci sont constamment fléchis dans la paume de la main, sauf le pouce qui est en extension et en abduction. Les pieds sont peu souples, et étendus dans l'axe de la jambe ; au premier abord il paraît exister un pied-bot, ce qui doit tenir à ce que l'enfant est resté presque constamment couché. Les orteils et leurs ongles sont réguliers. Toutes les articulations sont assez souples ; les genoux paraissent volumineux en raison de la maigreur des membres.

La *peau* est assez blanche et ne présente pas de lésions, sauf aux fesses, où on trouve l'érythème et les pustules habituels chez les gâteux.

Puberté. — Les lèvres, le menton, les aisselles, le périnée et le pénil sont glabres. Cependant on trouve sur le pénil un très léger duvet noir. Longueur de la *verge :* 70 millimètres ; circonférence : 60 millimètres. Le gland est facile à découvrir ; le *méat* est ordinaire. Le *scrotum* est moyennement développé. Les *testicules*, normalement situés, ont le volume d'une olive. Le droit paraît un peu plus volumineux que le gauche. — On n'a pas observé d'onanisme.

La *sensibilité* au toucher, au pincement, au chatouillement et à la piqûre paraît peu vive, mais également répartie. — Il est difficile, à un premier

examen, de savoir à quoi s'en tenir exactement sur l'*ouïe*, la *vue* et l'*odorat*, en raison de l'état d'idiotie du malade. Nous avons vu que, d'après les parents, le *goût* est conservé.

24 avril. — Le 24 au soir, le malade entre au *Pavillon d'isolement* comme atteint de *croup* et vomissant des fausses membranes; une d'elles a la largeur d'une pièce de 2 fr. Comme il n'y avait pas eu de cas de diphtérie depuis longtemps à Bicêtre, on s'est adressé au directeur de l'Asile clinique pour savoir s'il y avait des cas de diphtérie dans cet asile. La réponse a été négative. Les parents ont aussi déclaré n'avoir pas eu connaissance de cas de croup dans leur maison ou parmi les gens avec lesquels leur enfant avait pu être en contact. C'est donc probablement au Dépôt de la Préfecture de police ou dans la voiture qui sert de transport du Dépôt à l'Asile clinique que cet enfant a contracté sa maladie. La note de l'infirmière porte qu'il survient des accès de suffocation tous les quarts d'heure. *Soir :* T. R. 38°,9.

25 avril. — Ce matin: T. R. 40°,2. — La toux est constante, petite, croupale, un peu aboyante ; la respiration est gênée. L'enfant ne sait pas cracher et déglutit les mucosités que la toux chasse de temps en temps dans la bouche. La prostration est assez forte. La face est pâle ; les yeux cernés fuient la lumière. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. On ne note rien sur les lèvres ni sur les joues. La luette est coiffée dans sa moitié inférieure par une fausse membrane blanche. Les deux amygdales et le voile du palais dans sa moitié droite sont couverts de fausses membranes. Il n'y a pas de teinte violacée de la face, pas de refroidissement des extrémités. La respiration est cependant saccadée, entrecoupée, et l'inspiration s'accompagne d'une légère dépression sus-sternale et sus-claviculaire. A l'auscultation le murmure vésiculaire est rude, mais on n'entend pas de râles ni en avant, ni en arrière. — *Traitement :* vomitif, cautérisations de la gorge avec la solution phéniquée faible et le jus de citron ; frictions sur le cou avec l'onguent napolitain et lotions vinaigrées toutes les heures ; cataplasmes de farine de lin ; extrait mou de quinquina et rhum ; Bagnols ; pulvérisations phéniquées. — *Soir :* T. R. 41°,6.

26 avril (*matin*). — La toux n'est plus bruyante. La respiration pénible, s'accompagne d'un tirage peu prononcé. Il semble que l'enfant n'a pas la force de lutter contre l'asphyxie. La face est pâle, les paupières violacées, les extrémités cyanosées. A l'auscultation, on n'entend pas le murmure vésiculaire aux bases ; mais, dans tout le reste des poumons, on note d'abondants râles sous-crépitants de grosseur moyenne. — Les piliers du voile du palais et la luette sont complètement tapissés de fausses membranes blanches. Pas d'écoulement par les narines. — Les battements du cœur sont faibles. Pas d'engorgement ganglionnaire. T. R. 41°.

Le vomitif (sirop d'ipéca 50 gr., ipéca 1 gr.), donné hier, a agi comme purgatif. Le même vomitif, auquel on a ajouté 5 centigr. d'émétique, administré ce matin, n'a pas produit de résultat. T. R. à midi, 41°,8. Les accès de suffocation se répètent de quart d'heure en quart d'heure. — A *deux heures*, on pratique la *trachéotomie* en raison de la gêne croissante de la respiration, malgré la température élevée du malade et les signes stéthoscopiques qui font prévoir le résultat. La canule a été introduite sans

difficulté. La respiration a paru d'abord se rétablir avec facilité, puis elle est rapidement devenue de plus en plus gênée. En moins d'un quart d'heure elle a cessé complètement. La respiration artificielle a donné quelques inspirations très superficielles suivies bientôt de la suspension définitive. T. R. au moment de la mort, 41°,2 ; une heure après la mort, T. R. 40°,4 et 36° au bout de deux heures.

Autopsie, faite le 28 au matin, 43 heures après le décès. — Rigidité cadavérique assez prononcée aux poignets et aux doigts des deux côtés, à la hanche et au genou gauches. Le genou droit paraît très porté en dedans ; les pieds semblent en *équin* ; le bord externe du pied droit paraît un peu relevé ; les articles sont normaux ; la main, les doigts, le tronc et le bassin sont bien conformés.

Tête. — *Cuir chevelu* très épais et très résistant. Les *os du crâne* sont *minces*, peu durs ; les *sutures* sont *encore transparentes* en partie, leurs dentelures sont très nettes. On note quelques *plaques transparentes*, principalement à la partie centrale des pariétaux. — La *dure-mère* ne présente rien de particulier. La partie antérieure de la base du crâne paraît symétrique ; au contraire, à la partie postérieure, la *fosse occipitale gauche* semble plus étroite que la droite. Toutes deux sont profondes. Le trou occipital est normal, la fosse pituitaire également.

L'*encéphale* dans sa totalité pèse 490 gr. — *Cerveau* seul, 360 gr. — *Cervelet* et *isthme*, 130 gr. — La *pie-mère* de la base est finement vascularisée, sourtout à l'extrémité antérieure des lobes frontaux et au niveau de la protubérance. La vascularisation est plus intense sur toute la face externe, et des deux côtés.

Le *cerveau* semble, vu en avant, monter directement en haut ; en arrière il est aplati et en retrait de près de 2 centimètres sur le cervelet dont les lobes, très-volumineux, forment deux saillies considérables. — Les différentes parties de la base du crâne, artères, nerfs olfactifs et optiques, tubercules mamillaires, etc., sont symétriques. — Le liquide céphalo-rachidien était en très petite quantité. — La pie-mère de la base, très fine, s'enlève sans détacher de substance grise ; celle de la convexité, plus épaisse, s'enlève à peu près ; mais sur le cervelet il faut la détacher par petits lambeaux.

Hémisphère gauche. — Sa forme est globuleuse. Le sillon de Rolando le sépare en deux parties égales, et s'arrête en bas vers l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. En haut il s'arrête sur la face externe sans empiéter sur la face interne. La scissure de Sylvius est bien développée à la partie antérieure. La fosse sylvienne (S) est profonde, mais, en écartant ses bords, on ne voit pas les quatre digitations de l'insula, lequel est réduit à une simple saillie assez volumineuse cependant. Les circonvolutions FA et PA sont bien développées. La F^1 est séparée de la F^2 par un sillon profond qui, à la partie antérieure, envoie deux branches : une supérieure qui empiète sur la F^1, et une inférieure très longue qui rejoint presque la fosse sylvienne. La F^2 prend naissance sur FA par une racine assez grêle ascendante, et sur F^1 par un gros pli de passage. Un second pli de passage, séparé du premier par un sillon à trois branches, réunit ces deux circonvolutions. La F^3 est très développée et prend naissance sur FA par une large racine ascendante. Elle forme bien l'M classique.

La face inférieure du lobe frontal ne présente pas de sillon cruciforme, mais seulement la branche antéro-postérieure de ce sillon.

La branche postérieure de la scissure de Sylvius est très courte et remonte le long de PA jusqu'à la moitié environ de sa hauteur, en séparant la partie inférieure de cette circonvolution en deux branches.

La scissure interpariétale (S I) est remplacée par un sillon parallèle au sillon de Rolando et limitant en arrière la P A. En arrière de ce sillon se trouve une grosse circonvolution qui représente le lobule pariétal inférieur (L P) et à la partie inférieure de laquelle vient aboutir la scissure parallèle (S P) assez bien développée. (Le lobule pariétal supérieur n'existe pas.) Le sillon vertical, qui limite en arrière cette circonvolution, contourne le bord supérieur de l'hémisphère et se termine à la partie inférieure de la face interne. Le pli courbe et le lobule du pli courbe n'existent donc pas.

Le lobe occipital (L O) est remplacé par une grosse circonvolution arrondie, présentant à sa partie supérieure quatre petits sillons superficiels dont le plus inférieur le sépare du lobe temporal. Ce dernier lobe est assez bien développé, et au-dessous de la scissure parallèle (S P) il présente un autre sillon parallèle, mais qui ne correspond qu'à sa moitié postérieure et qui le divise ainsi en trois circonvolutions. Le coin paraît absent.

La face inférieure du lobe sphénoïdal présente un sillon cruciforme superficiel irrégulier qui délimite imparfaitement des circonvolutions peu précises. (Voir PLANCHES VII, VIII, IX et X.)

Hémisphère droit. — Même forme globuleuse que le gauche. Le sillon de Rolando (R) est situé un peu en arrière de la moitié du bord supérieur. Il n'empiète pas sur la face interne et s'arrête en bas à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'hémisphère.

La scissure de Sylvius présente la saillie de l'insula, sous forme d'un mamelon triangulaire, entre ses deux branches. La branche antérieure est courte et oblique en avant. La branche postérieure a la forme d'un S italique et se recourbe en haut et en avant.

La F A est très développée, séparée en deux parties, vers son milieu, par le sillon qui sépare F^1 de F^2. La F^1 prend naissance sur F A par deux racines séparées par un petit sillon à convexité supérieure. La F^2 prend naissance sur F A par une grosse racine. Elle est séparée au bout d'un court trajet des trois-quarts antérieurs par un sillon cruciforme. Dans l'écartement des deux branches supérieures de ce sillon plonge une émanation de F^1. Dans l'écartement des branches inférieures plonge un pli de passage de F^3. En avant la F^2 s'élargit considérablement et se divise en deux branches, l'une supérieure qui va se confondre avec l'extrémité antérieure de F^1 ; l'autre inférieure, plus grosse, qui vient se perdre sur la F^3. La F^3 est beaucoup moins développée qu'à gauche.

La face inférieure du lobe frontal présente deux sillons assez peu profonds : l'un parallèle au gyrus-rectus ; l'autre formé d'un demi-cercle à concavité postérieure et surmonté d'un autre antéro postérieur.

La scissure interpariétale (ST) est remplacée par une scissure verticale légèrement sinueuse qui limite en haut la P A. En bas, elle se continue avec la scissure parallèle (S P) qui se termine à la partie antérieure et inférieure du lobe temporal. Entre le sillon de Rolando et cette scissure, se

trouve la scissure de Sylvius (S S) qui divise en deux la PA à sa partie inférieure. Le lobule pariétal supérieur n'existe pas. — Le lobule pariétal inférieur est représenté, comme à gauche, par une grosse circonvolution, développée surtout à la partie supérieure, et présentant dans sa partie supérieure trois encoches, deux en avant, et une en arrière, qui ne la subdivisent pas complètement.

En arrière de cette circonvolution, représentant le lobule pariétal inférieur, se trouve le lobe occipital sous forme d'une simple circonvolution séparée de la précédente par un sillon profond (S X) se terminant à la face interne de l'hémisphère. Ce lobe ne représente que quelques petits sillons tout à fait superficiels et sans interprétation possible. Ni lobe quadrilatère, ni cuneus.

Le lobe temporo-sphénoïdal est assez bien divisé en trois circonvolutions sur la face externe, mais ne présente que des sillons trop superficiels à sa face inférieure pour le subdiviser en circonvolutions définies.

Face interne. — La F^1, assez plissée dans sa moitié antérieure, est lisse dans le reste de son étendue. Le lobule paracentral est allongé et sans sillon. La circonvolution du corps calleux est absolument unie et aboutit à un repli qui lui est en quelque sorte perpendiculaire. (Pl. x). Il n'y a donc pas trace de lobule du pli courbe, ni de pli courbe.

En somme le développement des lobes frontaux est assez considérable. — Les circonvolutions ont leur forme normale. — La troisième circonvolution (F^3), en particulier, est extrêmement développée. Les circonvolutions motrices présentent aussi un développement suffisant. Mais les lobes postérieurs du cerveau sont rudimentaires, et l'arrêt de développement a porté presque exclusivement sur eux. C'est ainsi que nous voyons disparaître le lobule pariétal supérieur, le pli courbe et son lobule. — Le lobe occipital est réduit à une simple circonvolution et ne présente ni cuneus, ni avant-coin. Le lobe temporal au contraire est bien développé relativement, comme les lobes frontaux (1).

Le cervelet, la protubérance et le bulbe, à part leur faible développement, relativement plus considérable toutefois que celui du cerveau qui n'est guère que du double, ne présentent aucune anomalie ou particularité digne d'être signalée.

Cou et thorax. — On trouve en avant de la trachée et jusque devant le péricarde des restes du *thymus* (2). — Le *corps thyroïde* a un volume ordinaire (10 gr.); ses lobes sont symétriques. Pas d'isthme ni de pyramide de Lalouette; pas de kystes à la coupe. — La dissection montre que la trachée est ouverte sur une longueur de 11 millimètres; l'incision comprend les quatre premiers anneaux. La luette est libre de fausse membrane dans une partie de sa face antérieure, mais sa face postérieure, celle des piliers, et une partie de la face supérieure du voile du palais sont complètement tapissées. — L'épiglotte n'offre que quelques points envahis sur sa face supérieure; sa face laryngée au contraire est tout à fait recou-

(1) Ce cerveau peut être rapproché de celui d'une idiote microcéphale, morte à onze ans, dont M. Fletcher Beach a rapporté l'histoire (*International medical Congress*, 1881).

(2) C'est là un fait assez commun chez les idiots (B.).

verte de fausses membranes, et celles-ci se continuent sur toute la surface du larynx, tapissent l'entrée des ventricules, se portent sur la trachée et sans arrêt sur les grosses bronches. Au niveau de l'incision trachéale, la fausse membrane, épaisse de près de 1 millimètre, est déchirée incomplètement sur sa face antérieure, et a probablement obturé la canule, ce qui peut expliquer la mort rapide du sujet. On suit les fausses membranes sans aucune interruption jusqu'aux divisions bronchiques de troisième ou quatrième ordre ; elles forment des tuyaux parfaitement continus et se ramifiant comme les bronches. Au-dessous des fausses membranes, la muqueuse est fortement congestionnée.

Poumon droit. — (320 gr.) Quelques fausses membranes peu anciennes, sur la face externe de la plèvre viscérale; pas de liquide. Les parties supérieures du poumon sont gorgées d'un liquide spumeux. La base est dure et se déchire sous le doigt. A la coupe, on voit sourdre des petites bronches une matière blanc-jaunâtre.

Poumon gauche. — (320 gr.) Mêmes lésions, plus prononcées encore qu'à droite. Le tissu pulmonaire plonge au fond de l'eau.

Péricarde : rien de particulier. — *Cœur* petit (97 gr.) ; trou de Botal oblitéré ; tissu peu foncé en couleur.

Abdomen. — *Foie* : (1.360 gr.) rien d'anormal, ainsi que la vésicule biliaire (40 gr. de bile). — *Reins* : le gauche pèse 85 gr., le droit 90 gr. ; ils présentent une disposition lobulée très manifeste, surtout le rein droit ; ils sont congestionnés et se décortiquent facilement. — *Rate* : (70 gr.) molle et friable. — *Tube digestif* : pas de lésions (ni scybales, ni vers intestinaux). — *Pancréas* : (50 gr.) rien à noter.

Un point très important à signaler, c'est que lorsque la calotte crânienne a été enlevée et la pie-mère incisée, le cerveau ne paraisssait en retrait, par rapport au cervelet que de deux centimètres, tandis qu'après l'ablation de la pie-mère, le retrait était, en réalité, d'un peu plus de quatre centimètres et que la face supérieure du cervelet était presque complètement à découvert. La différence, soit deux centimètres, était comblée par la pie-mère et du liquide céphalo-rachidien; d'où il suit que, entre l'occipital et la partie postérieure du cerveau, il y avait un espace assez grand, pouvant permettre au cerveau de se développer, si ce développement avait été possible. D'où il suit encore que l'aplatissement très prononcé de la partie supérieure de l'occipital pourrait être attribué à ce qu'elle correspondait à un espace plus ou moins vide et ne subissait aucune pression du dedans au dehors. La théorie de l'ossification prématurée du crâne, entravant le développement du cerveau des microcéphales, serait donc, ici, en défaut. Quant au cas d'ossification prématurée du crâne, en particulier des fontanelles chez les idiots microcéphales, nous ignorons si elle est fréquente, car le plus souvent les parents ne peuvent fournir des renseignements précis sur ce point.

Observation II.

Sommaire. — Père alcoolique. Oncle paternel alcoolique et paralytique général. Deux frères morts de convulsions. Émotion au sixième mois de

la grossesse. Marche à onze mois. Convulsions à un an. Parole vers deux ans. Accès d'épilepsie. Gâtisme intermittent. Microcéphalie très prononcée. Prognathisme. Alternatives de périodes d'excitation et de périodes de mélancolie ; idées de suicide. Instabilité mentale. Perversion des instincts. Éducabilité relative. Amélioration notable.

Jan., Auguste-Prosper, né à Levallois-Perret (Seine), le 13 avril 1869, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 12 mars 1877, à l'âge de dix ans.

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, novembre 1879). — *Père*, quarante-sept ans, garçon de chantier chez un marchand de charbon ; assez intelligent, bien portant ; *excès de boisson* : il rentre « lancé » trois ou quatre fois par mois, « ivre » sept ou huit fois par an. Autrefois il était charretier et faisait encore plus souvent des *excès de boisson* (eau-de-vie et vin ; rarement de l'absinthe « il n'y tient pas ».) Caractère doux, un peu vif ; taille assez élevée. Parfois céphalalgies en dehors de l'ivresse, et quelques étourdissements attribués à une chute sur la tête du haut de sa voiture en 1872, c'est-à-dire postérieurement à la naissance de Jan... Pas d'indices de syphilis. — [*Père*, vigoureux ; quelques excès de boissons ; très rarement gris ; mort d'une chute dans l'eau. — *Mère*, morte à soixante-seize ans « d'un asthme » ; pas de maladie nerveuse. Cinq *sœurs* : deux mortes, l'une « hydropique », l'autre « je ne sais comment ni à quel âge ». Les trois autres sœurs sont bien portantes de même que leurs enfants. Pas de difformes, de paralytiques, d'aliénés, d'épileptiques, etc.]

Mère, quarante-sept ans, femme de ménage, assez intelligente, bien portante. Pas de migraines ; quelquefois céphalagie frontale ; un peu nerveuse ; pas de maladie de peau, etc. — [*Père*, mort à quatre-vingt-deux ans, on ne sait de quoi ; il n'était pas en enfance. — *Mère*, morte à soixante-quatorze ans, de cause inconnue ; elle buvait quelquefois un peu ; un *frère* devenu *aliéné* à la suite d'un coup de pied de cheval ; entré à Bicêtre comme atteint de *delirium tremens* avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue, violence, agitations, tremblement de la langue et des mains (certificat de M. Girard de Cailleux). Après avoir été arrêté pour escroquerie, accès de délire alcoolique, agitation, délire (certificat de Lasègue). Il a été noté par Legrand du Saulle comme « atteint *d'alcoolisme avec hallucinations* », et comme pouvant être au début d'une paralysie générale. Il est mort un an après son admission, en 1868, considéré par Legrand du Saulle comme *paralytique général*. Deux *sœurs* bien portantes ainsi que leurs enfants. Une *sœur* morte hydropique à quarante-deux ans.] Pas d'épileptiques, etc. Pas de consanguinité. — Égalité d'âge.

Neuf enfants. 1° Garçon mort à trois mois d'une « inflammation » ; pas de convulsions ; 2° garçon mort à quinze mois de *convulsions* ; 3° garçon mort à dix-huit mois à la suite d'une coqueluche ; 4° fille morte à deux mois d'une « gourme rentrée » ; pas de convulsions ; 5° garçon mort à sept ans de *convulsions* ; 6° garçon mort à quatorze jours d'une cholérine ; 7° garçon de seize ans et demi, intelligent, bien portant, certificat d'études primaires, imprimeur ; incontinence diurne d'urine ; pas de convulsions ; 8° garçon âgé de six ans, intelligent, pas de convulsions ; 9° notre malade.

Notre malade. — La *conception* n'a pas eu lieu dans l'ivresse du père mais « il était peut-être entre deux vins ». — *Grossesse* bonne, la mère dit avoir d'habitude peur des ivrognes et des chiens, pendant ses grossesses. Au sixième mois, elle aurait eu une *peur* plus vive d'un chien, au sujet duquel son mari est allé chez le commissaire. Elle prétend que son enfant est effrayé à la vue des chiens. — *Accouchement* à terme, facile, sans chloroforme. — Élevé au sein jusqu'à trois mois, par sa mère ; à partir de cette époque, nourri avec du lait de chèvre, du gruau, des soupes, parce que sa mère était redevenue enceinte. Il a marché vers onze mois ; a parlé vers deux ans, a toujours été gâteux. Vers un an, il a eu des *convulsions* : il poussait de petits cris et tournait les yeux. Ceci s'est présenté plusieurs fois par jour à une époque où il avait la rougeole. Il n'a pas eu, dit la mère, d'autres accidents convulsifs. — Croûtes dans les cheveux avec hypertrophie des ganglions cervicaux, sans suppuration. Otites des deux côtés. Ophthalmie. Varioloïde à deux ans. Pas d'autres maladies ; pas de dartres. — Il aurait eu beaucoup de petits vers. Cet enfant n'a jamais été mis à l'école, parce qu'il gâtait, mais sa mère lui apprenait les prières, les lettres (il paraît avoir oublié cela ici, au début de son séjour) (1). Il avait de la mémoire. Il n'était pas méchant, se laissait battre par son frère, il ne jurait pas, ne disait pas de paroles grossières (la mère assure qu'elle et son mari étaient très réservés). Pas d'onanisme. Cet enfant est affectueux pour ses parents, qu'il reconnaît bien. Pas de kleptomanie, de pyromanie, pas de tics ; suce ses doigts.

1879. — Grand gâteux, en robe. Ne sait ni se laver, ni se vêtir ; commence à se servir d'une fourchette, connaît toutes les lettres, parle assez bien. Il a pris le 1er décembre sa première leçon de gymnastique (2).

1880. — Janvier. — Jan.. exécute maintenant quelques mouvements à la gymnastique : marche à l'échelle en avant et en arrière; se balance à l'échelle sur place; exécute les mouvements de flexion du genou, les jambes étendues ; les mouvements d'extension des bras, le corps en extension.

Février. — Parfois volontaire et méchant : bat et mord ses camarades. Il a l'habitude de faire des petits paquets et les met sur son dos, disant qu'il part en voyage. Il fait quelques bâtons sur l'ardoise. Appétit assez fort mais pas d'avidité ; salacité.

Mars. — Il a parfois des troubles intellectuels; il ne comprend pas ce qu'on lui dit, son regard est égaré. Il devient contrariant, fait autre chose que ce qu'on lui commande; attache sur sa tête des morceaux de chiffons, au moyen de ficelles. Comme il est devenu propre, on le met en culotte le 28 mars.

Avril. — Léger retard de la deuxième dentition : 4 incisives permanentes, canines et petites molaires de lait, première molaire permanente aux deux mâchoires.

(1) Nous avons pris le service seulement en 1879 et ce n'est qu'à partir de cette époque que ce malade a été soumis à un traitement régulier.

(2) Il s'agit de la gymnastique imaginée par M. Pichery dont on trouvera la description dans notre *Compte rendu de Bicêtre* pour 1888, p. 5.

Mai. — Quand Jan. ne veut pas obéir, il dit quelquefois: « Je vais faire le fou » et se met alors à jurer et à crier ; il refuse souvent d'écrire, trouvant que cela est trop difficile.

Juin. — Parole libre, assez facile. Jan. mange avec la cuillère et la fourchette. Il fait tourner sa tête presque continuellement ; fait quelques grimaces; ni succion, ni bave. Pas d'onanisme. Pas d'accès depuis longtemps. Jan. est propre dans la journée. *Incontinence nocturne d'urine* : juin 1 fois; juillet 2 fois; août 8 fois ; septembre 9 fois; octobre 24 fois; novembre 18 fois.

30 septembre. — Depuis huit jours, Jan. ne mangeait plus, ne jouait plus, voulait rester couché sur le sable, était triste; aujourd'hui il est revenu à son état habituel.

1881. — Janvier. — Jan. fait quelques progrès en gymnastique et en écriture : il trace sur le tableau des *a*, des *o* et des *u*. Il redevient gâteux de temps en temps.

1er mai. — Il connaît maintenant les noms de tous les animaux des tableaux et les usages de quelques-uns. Distingue le cube du cylindre et de la sphère. Se sert de la cuiller et de la fourchette.

20 mai. — Diarrhée dysentériforme.

Juin. — Le 13, Jan. entre à l'infirmerie se plaignant de douleurs et de cuisson dans les yeux. Les paupières sont bouffies. On note une *éruption généralisée* formée de petites macules rose-clair, non surélevées, abondantes surtout dans le dos. T.R. 39°. Langue nette, ni diarrhée, ni angine; pas de symptômes thoraciques, pas de céphalalgie. Le 15 juin, l'éruption disparaît sur le dos, mais elle persiste sur les fesses et la face antérieure des cuisses. La température qui a atteint 40°, 2 le soir de l'éruption, s'abaisse graduellement. Le 17 toute l'éruption a disparu, sans laisser de trace, le 18 la température est normale.

Juillet. — Jan. mange proprement, se sert du couteau, il se lave, s'habille seul. Il est entré à la grande gymnastique en mars. Enfin il acquiert quelques connaissances ; il compte jusqu'à 50. De temps en temps il lui arrive encore de gâter.

Août. — Il a depuis quelques jours des *idées de suicide*. Lorsqu'on le réprimande, il dit : « Ça m'est égal, je veux me tuer ; je me donnerai un coup de couteau dans le ventre. » Il a voulu se pendre avec un cordon qu'il tournait autour de son cou ; puis voyant qu'on ne s'occupait pas de ce qu'il faisait, il a jeté son cordon en disant « M.... pour ma ficelle ». Le lendemain retour à l'état habituel.

Septembre. — Il a gâté continuellement du 1er au 15, puis il est redevenu propre.

Novembre. — Depuis quelques jours, Jan. est méchant, malhonnête, grossier, contrariant. Aux observations, il répond grossièrement: « Qu'est-ce que ça peut me f... ». Il n'obéit pas, refuse de marcher en rang, court et saute constamment en se moquant de tout le monde.

Décembre. — Il est devenu plus obéissant ; cependant il résiste quand on veut le faire nettoyer, disant que l'eau est trop froide.

1882. — Janvier. — Jan. a eu *plusieurs périodes de tristesse*. Il travaille moins bien, se bat avec ses camarades et les mord. Il gâte encore quelquefois et refuse d'obéir.

Avril. — Jan. a bien travaillé ce mois-ci. Il est parfois taquin, sans méchanceté.

Mai. — Jan. s'est battu avec un de ses camarades, comme il n'a pas été le plus fort, il a frappé plusieurs enfants plus petits et dit des injures à tout le monde; il a été envoyé comme punition à l'infirmerie et renvoyé à la petite école lorsqu'il a promis de ne plus recommencer.

Juin. — Jan. n'a pas gâté depuis le mois de janvier. L'incontinence nocturne d'urine paraît avoir totalement disparu. La parole est tout à fait libre ; la mémoire est assez bonne. Il connaît la plupart des objets usuels. Ne sait encore que faire des bâtons, comme écriture. Caractère affectueux. Pas de tics, pas d'onanisme. Ses *accès de tristesse* sont plus éloignés. Il a eu un *accès de colère* à la suite duquel on a dû le camisoler, faute de cellules, à la suite d'une querelle avec un camarade, dans laquelle il avait eu le dessous. Il fait très bien les exercices de petite gymnastique, et continue d'aller à la grande.

Juillet. — Jan. s'est mis en colère parce qu'on le réprimandait. Un peu plus tard il s'est emparé du lait d'un de ses camarades, bien qu'il eût bu le sien, et, comme on s'est interposé, il a jeté le lait à la figure de l'enfant. Alors a eu lieu une rixe entre deux enfants et lui. Sa colère s'est accrue. Il a injurié l'infirmière et frappé la surveillante. Aux reproches qu'on lui adresse à la visite, ses yeux se remplissent de larmes, mais sa figure continue d'exprimer la colère. Puis il se décide à faire des excuses. Durant ses *périodes d'excitation*, il redevient presque toujours *gâteux*.

Août. — Jan. est redevenu tranquille. Il a uriné deux fois dans son pantalon.

Décembre. — Il n'a pas gâté depuis septembre. Il commence à syllaber et à écrire ; il n'a pas eu de nouvelles périodes de tristesse ou d'excitation. Il cire les sièges, frotte les cuivres, acquiert chaque jour de nouvelles notions des choses.

1883. — Janvier. — Jan. a encore gâté plusieurs fois ce mois-ci.

Mars. — Il ne veut rien faire depuis une dizaine de jours. Le 10, il s'est mis en colère et a essayé de battre ses maîtresses et un infirmier. Il a cassé un carreau, dit des injures. L'excitation a duré jusqu'au 15 mars.

Juin. — Deux accès de colère ; il a gâté deux fois.

Septembre. — Violent accès de colère parce qu'on ne l'avait pas marqué pour toucher des souliers neufs. Il injuriait tout le monde, et faisait des gestes obscènes.

Octobre. — Plus calme, plus attentif ; mais parfois encore impoli. Il montre du goût pour l'écriture, dont il prétend avoir le prix. Il fait tout avec orgueil, il est fier de tout ce qu'il fait. L'appétit est bon, sans voracité; pas de rumination. Pas d'onanisme.

Accès d'épilepsie :

1877........................	10 accès,	10 vertiges.
1878........................	4 —	4 —
1879........................	1 —	1 —
1880........................	2 —	2 —

Jan. n'a pas eu d'accès ni de vertiges depuis 1880. Les deux accès de 1880, les deux derniers, sont survenus tous deux le même jour. Le matin,

avant les accès, il semblait excité et il a fait deux pages. — Depuis la disparition des accès, il a été sujet à des *accès de colère* et à des *périodes d'excitation.*

État actuel (14 novembre). — *Tête : Microcéphalie très prononcée.* La région occipitale est légèrement saillante. Pas de saillie des pariétaux. Pas de bosses frontales. Les dépressions latérales du front sont très marquées. Le front est très bas (3 cent. 1/2 à peine sur la ligne médiane ; 1 cent. 1/2 sur les parties latérales des arcades sourcilières aux cheveux). Les régions temporales sont légèrement bombées.

Circonférence horizontale maxima	44 c.	»
De l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...	28 c.	»
Demi-circonférence d'un trou auditif à l'autre	24 c.	»
Diamètre antéro-postérieur maximum	13 c.	1/2
Diamètre transversal maximum	12 c.	»

Face. — Les arcades sourcilières sont déprimées dans toute leur longueur. Les sourcils sont très épais, bruns, arqués. Il n'existe pas de lésions oculaires, pas de strabisme; l'iris est brun ; les pupilles sont normales. Nez aquilin, régulier; narines un peu relevées. Région malaire légèrement saillante, peut-être un peu plus à droite. Lèvres proéminentes, épaisses, surtout la lèvre supérieure. Menton un peu pointu. Le maxillaire inférieur proémine notablement dans sa partie moyenne. Les oreilles ont 6 centimètres de haut; elles sont bien ourlées, le lobule est en partie détaché, mais le lobule droit forme une sorte de croissant assez écarté de la tête, qui n'existe pas à gauche. En dehors du lobule, qui est petit, existe un renflement faisant saillie sur le bord de l'oreille et sur sa face antérieure.

Cou un peu court, circonférence 29 centimètres. La partie inférieure de la *colonne dorsale* décrit une légère convexité à droite; il existe dans la colonne lombaire une légère courbure de compensation. Circonférence du thorax au niveau des mamelons: 62 centimètres.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont bien constitués. Les mains sont assez petites; les doigts, les orteils et les ongles normaux. — Jan. est vif et agile à la course. Au *dynamomètre*, 15 à droite, 10 à gauche.

Système pileux. — Cheveux châtain foncé, assez abondants ; tourbillon unique et médian. Sourcils et cils longs et abondants. Très léger duvet sur la lèvre supérieure. Duvet noir assez abondant à la face postérieure des bras.

Organes génitaux. — La verge est assez développée; le gland se découvre facilement, les testicules, gros comme un œuf de moineau, sont normalement situés. On note un très léger duvet de chaque côté de la racine de la verge. Le scrotum est en demi-croissant. Pas d'onanisme.

Ouïe normale; Jan. distingue même les tons. — *Odorat*, paraît normal : Jan. distingue les bonnes et les mauvaises odeurs; cependant il trouve que le vinaigre aromatique ne sent pas bon, tandis que la teinture de valériane (faible il est vrai) lui paraît agréable. — Le *goût* paraît peu délicat: Jan. reconnaît le sucre et le sel; mais au premier abord il semble préférer la coloquinte; pourtant il se ravise et redemande du sucre. — La *vue* est normale; il reconnaît bien les couleurs.

Sensibilité générale. — Jan. distingue le chatouillement, le pincement, le froid et le chaud; toutefois la sensibilité à la douleur semble obtuse: Jan. reste indifférent quand il se coupe ou s'écorche.

Respiration normale; battements du cœur réguliers.

Mastication parfaite. — La *mâchoire supérieure*, en pointe, offre douze dents, parmi lesquelles on note à gauche la deuxième molaire de lait. La mâchoire inférieure présente douze dents, saines et bien rangées. L'articulation est défectueuse, il y a prognathisme supérieur, et les dents inférieures mordent sur la gencive en arrière. — La *voûte palatine* est profonde, étroite et moyennement ogivale. Les gencives sont en bon état.

Les fonctions digestives sont régulières; Jan. gâte encore quelquefois, mais seulement la nuit.

1884. Juin. — Jan. exécute bien à la gymnastique les mouvements de l'échelle, des ressorts, le saut. Il connaît bien les objets usuels, les couleurs, les étoffes, la plupart des animaux, les chiffres, les nombres, les figures géométriques. Il trace des lettres en gros caractères, commence à syllaber; il ne sait pas l'heure. Il n'a pas eu d'idées tristes depuis longtemps; mais a encore des *accès d'excitation* pendant lesquels il frappe les autres enfants, refuse de faire ce qu'on lui ordonne, dit qu'il veut se sauver, urine au lit ou dans son pantalon. Ces accès durent une journée seulement.

20 octobre. — Hier soir sans avoir eu d'accès ni de vertige, Jan. a été pris d'*agitation*: il cherchait à battre les veilleuses, et les injuriait grossièrement. Toute la nuit il a chanté «Tiens voilà Mathieu» ou la Marseillaise ou parlé! «Va-t-en sale bête; bataillon scolaire; l'arbre de Noël; sale bête, je te vas arracher la peau, je te vas crever les yeux.» Ce matin il est moins excité, il parle beaucoup, mais il n'est pas furieux.

Il essaie de frapper si on s'approche de lui. Il répète «la ligne perpendiculaire, hioup, piou, piou». Il a l'air gai et fait des menaces en souriant; il comprend les questions, mais répond à côté; sa réponse, cependant, se rapporte en partie à la question; sa voix est animée mais uniforme. Pas de cris inarticulés. Il consent à tirer la langue qui est rouge, et, interrogé, répond qu'il n'a mal nulle part. Son intelligence, en somme, est aussi nette que d'habitude, et c'est volontairement qu'il répond de travers. Interpellé sur ce qui l'a mis dans cet état, il dit: «C'est la veilleuse, Mme Malthide; je n'ai rien fait; j'ôtais mes bas et je voulais les donner parce qu'ils étaient sales, et elle m'a frappé; elle a un bâton pour frapper tout le monde. Je lui ai rendu sa giffle.» Il n'est pas possible d'en savoir plus long: «elle m'a rendu fou», dit-il.

24 octobre. — Jan. est de nouveau agité; sur la menace de lui faire passer quatre heures au bain, il se tait, puis s'endort. Le matin, au réveil, il ne paraît plus surexcité, mais il prétend encore que la veilleuse lui a donné un soufflet.

Pendant les trois nuits suivantes, Jan. a offert une *surexcitation* très marquée; il a parlé constamment durant deux heures. Ses propos très malpropres, dénotent la connaissance de beaucoup de choses qu'il devrait ignorer, une assez grande facilité d'élocution, et surtout une instruction

ordurière très complète. Au reste voici le relevé d'un certain nombre de phrases sans suite qu'il prononce :

« Ça sent la charogne, par ici, ça sent le musc, ça sent le chien mouillé, la moutarde en cataplasme, ça sent le chameau. Veux-tu te sauver tête de loup, tête de prussien. Voilà une belle rose, Mlle Marie, venez coucher avec moi. Attends un peu, jus de pantoufle, l'on va voir les femmes pour quatre sous. Hé ! veux-tu décrocher mes savates ? Ça sent le cochon ; on croirait un morceau de musc. Mesdemoiselles, voulez-vous manger du saucisson ? Sucez-le : mais ne le mangez pas ! Dominus vobiscum, patapouf ! C'est le chat ; viens ici que je t'attrape par la peau comme une hirondelle ! Papa et maman s'en va-t-en guerre. Il chie par derrière. Oh ! assez la m... en papillotte, la pisse en bouteille : il croque ça comme du sucre. Je te vas couper les fesses en sifflet. Je vas t'emmailloter comme un bébé : je te vas donner à téter comme une nourrice. Je te vas dépouiller comme un pierrot crevé. C'est gentil caca dans le pot. Il joue du cor de chasse entre les deux fesses. Je vais couper ta queue en huit morceaux. Oh ! que ça pue ! qui c'est qui a pété ? Il faut se la plomber. Je vais enfiler les femmes comme on enfile les curés pour six sous. Je vais te mettre dans la fosse pour te faire manger de la m.... On se régale de pieds, andouille. Et de mon cul, en veux-tu un bout ? Ça sent la saloperie, la cochonnerie, la charcuterie, le fromage de mort ; ça sent le fromage de cochon, le morceau de viande ; ça sent la crotte de cheval ; il a décrotté ses pantouffles, ses savates, ses godillots ; ça sent la confiture de groseille. Ah ! assez, je t'en prie, tire-moi des puces, des grenadiers. Si tu veux faire caca dans le dos. Il ne peut pas descendre jusqu'en bas, chameau va ! Ça sent le chien crevé, le hareng-saur pourri. Est-ce qu'il va se foutre de ma république. Tiens, il a mal aux cheveux. Tu ne vas pas te taire ! je vais aller à la cave chercher mon revolver pour te f... dans la cervelle. Et un pistolet pour mademoiselle, le voilà (il montre son derrière). »

30 octobre. — Il est revenu à l'état habituel. — Dans ses promenades au Jardin d'acclimatation ou au Jardin des plantes, il manifeste une véritable prédilection pour les *singes* et dit qu'ils lui ressemblent. Souvent il les imite, fait des grimaces, court et saute à leur manière.

1885. 23 janvier. — Jan. se présente à la visite, la veste déchirée, le pantalon fendu, laissant passer sa chemise. On lui demande pourquoi il a déchiré ses vêtements, il répond : « Parce que Mlle B. L. (une suppléante) m'a donné des claques ». De nouveau on lui demande si c'est bien vrai, il répond : « Je ne réponds pas ». En même temps ses yeux s'humectent, et c'est très bas qu'il répond cela. Parfois quand il est excité, il dit : « Je vais faire le fou ». Mais ses périodes d'excitation sont moins vives et moins fréquentes. Il continue d'aller à l'atelier de cordonnerie ; son langage est très grossier. Il prétend que son maître lui donne du tabac à chiquer et que le malade Court... lui apprend de vilains mots.

Décembre. — L'écriture a fait quelques progrès ; la lecture aussi, il syllabe bien. La mémoire est bonne ; mais le travail se ralentit par moment, tant à l'école qu'à l'atelier. Il se plaint de son patron, qui prétend-il, n'empêche pas les autres enfants de se moquer de lui.

1886. — Jan.. n'a pas été malade cette année. Les périodes d'excitation ont été très rares et courtes. Il a fait quelques progrès en gymnastique, il travaille bien. Ses notes de classe sont les mêmes.

1887. Janvier. — Cordonnerie, Jan. fait un peu de piquage.

Juin. — Depuis plusieurs mois il est sage à l'atelier et commence à bien piquer.

Décembre. — Fait peu de progrès ; toujours au piquage. A la gymnastique, il travaille passablement. — Quelques progrès en écriture. Les lettres sont moins grosses et un peu mieux formées.

19 décembre. — Horni.., Ambla.., Duva.. et Etien.. (malades du service) racontent que le 16, Jan. aurait relevé la robe d'Ambla.. (celui-ci avait été mis en robe pour le punir de ce qu'il volait) et aurait frotté sa verge contre les fesses de celui-ci, tandis que Perr.. et Duv.. tenaient Ambla.. et que Cad.. attirait l'attention de l'infirmière pour qu'elle ne s'aperçut de rien.

Fin décembre. — Jan. est très surexcité depuis une quinzaine de jours ; il injurie les infirmières. Depuis sa dernière affaire, il se préoccupe de savoir si le surveillant et si Mlle B..., une sous-surveillante, sont informés de ce qu'il a fait, et ce qu'ils en pensent.

1888. 13 février. — *Puberté.* — Fines moustaches blondes assez fournies. Poils fins assez abondants au menton, un peu plus à gauche qu'à droite. Quelques poils à la lèvre inférieure. Duvet abondant en avant des oreilles. Poils assez longs et peu abondants sous les aisselles. Poitrine glabre. Poils châtains frisés, abondants à la partie inférieure du pénil, à la racine des bourses, commençant à envahir les aines. Bourses demi-pendantes, testicules égaux, du volume d'un petit œuf de pigeon. Longueur de la verge 92 millimètres, circonférence 85 millimètres. Poils assez abondants à l'anus, plus rares au périnée. L'anus s'ouvre facilement. Onanisme. Depuis quelques jours, Jan. s'ingénie à sortir sa verge et à la montrer aux autres enfants et aux infirmières : il la tourne comme la manivelle d'un orgue de barbarie en leur disant : « Veux-tu du mou » ?

Jan. dit qu'il ne veut plus aller en promenade parce que dans la rue les « voyous » l'appellent « tête de singe » et se moquent de ses vêtements. Il est parfois excité, violent, et prétend que les autres l'appellent « tête de sanglier, cochon ». C'est là surtout ce qui l'irrite. Dorénavant Jan. ira à la grande école.

Février. — Jan. copie d'après les caractères manuscrits; ses lettres sont mieux formées. La lecture ne progresse pas, il syllabe un peu. Il compte oralement jusqu'à 150, mais ne fait pas la moindre addition. Il connaît les objets usuels ; il sait les jours mais n'a pas d'idée des mois.

Juin. — Son caractère est habituellement assez tranquille, sa propreté est médiocre. Jan. fait de petites additions. Quelques progrès en gymnastique. A l'atelier de cordonnerie, il ne fait pas de progrès ; il reçoit très mal les observations, il est insolent et grossier. — Hydrothérapie.

27 juillet. — *Puberté et organes génitaux.* — Longueur de la verge, 90 millimètres, circonférence, 85 millimètres. Prépuce long, gland décou-

vrable, méat normal. Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Onanisme. Fines moustaches. Poils rares et assez longs au menton ; poils fins au devant des oreilles. Une cinquantaine de poils sous les aisselles.

30 juillet. — Jan. est redevenu très vorace, il mange sans les dépouiller des souris, des rats, des oiseaux. Il gâte maintenant presque tous les jours n'importe où. — Continuer l'hydrothérapie.

10 octobre. — Jan. est excité. Il injurie tout le monde, parce que sa mère « ne veut pas le faire sortir ». Il ira chez elle, volera son argent, fera un assassinat. « Je veux, dit-il, aller à la Roquette. Je veux être coupable. » Sur la promesse de faire venir sa mère et de lui conseiller de le faire sortir, il répond : « Puisque vous m'engueulez je vais vous engueuler aussi ». Traitement : deux douches; julep avec chloral 2 gr. : sp. diacode 30 gr. ; manchon ; purgatif.

En sortant de notre cabinet, Jan. a ramassé un bout de ficelle et dit : « C'est pour le pendre; quand il passera dans la cour, à midi, je sauterai dessus et je l'étranglerai ». Puis: « La vieille coquine (il parlait de sa mère) je la tuerai, je lui volerai son argent, vieille rosse, sale vache! Ah elle ne veut pas me faire sortir ! Eh bien, elle va voir ça. Sale pourriture ! Je l'em... le père Boutillier [1] et aussi le père Agnus [2]; c'est lui qui ne veut pas que je sorte; eh bien, je me sauverai en promenade. Je connais le truc, moi ! Je me cavalerai. Je ne suis pas fou; c'est eux qui sont fous. D'abord je m'emm... à Biscaye, il y a dix mille ans que j'y suis. J'ai eu dix-sept ans jeudi, je veux être soldat. Et puis si les autres m'emm... j'irai dans la cour et je ne ferai rien, rien du tout ».

En parlant ainsi Jan. avait la figure animée, les dents serrées, la respiration sifflante; il marchait à grandes enjambées, agitait les bras, la tête penchée en avant. Cependant il est resté calme en classe, le restant de la matinée.

En récréation, il s'est promené seul les mains derrière le dos, sans dire un mot à personne. Rentré en classe, on l'a couché sur un matelas pour prendre sa température. « Je connais ça, a-t-il dit, on me l'a déja fait à l'infirmerie, je ne bouge pas. » La température prise, il dit : « Henri, j'ai du sang, vous allez voir si je suis homme ». Alors il a fait deux fois le saut périlleux sur la tête, après quoi : « Tu n'en fais pas autant, a-t-il dit ; ni les autres non plus. Oh ! moi je suis un homme, et puis voilà, je les emm... les autres ». Il est resté calme jusqu'au soir. Température à midi 37°, 9 ; et à 6 h. du soir 37°, 7. Passe à l'infirmerie.

11 octobre. — Un peu de rougeur aux pommettes. Jan. se plaint de la gorge. Envoyé à la visite. T.R. 38°, 1, jp. diacode. — *Soir* : Jan. a l'air abattu. La rougeur des pommettes est nulle. T.R. 37°, 5.

12 octobre. — Jan. est calme et se plaint de ce qu'on lui a mis le manchon et dit qu'il ne se touchera plus. T.R. 37°, 1. — *Soir* : T.R. 37°,2.

15 octobre. — Hier Jan. a mangé, sur l'instigation de ses camarades, un pierrot mort. Purgatif.

(1) L'instituteur.
(2) Le surveillant.

Décembre. — Jan. connaît les mois, les jours, la forme des objets; il fait quelques additions et quelques soustractions. Il est assez courageux au travail, sauf quand il est contrarié. Sa conduite est très variable ; il lui arrive d'injurier tout le monde sans motif. Il est très irascible. Il s'habille assez bien, mais ses chaussures n'ont jamais de cordons. Il est devenu très vorace, il dévore les animaux les plus dégoûtants (souris vivantes, chenilles, etc.); au réfectoire il mange assez proprement. En somme, on note quelques progrès pour l'instruction ; mais du côté moral, il y a plutôt une aggravation. Il est très entêté, il pose des questions absurbes et ne veut pas admettre qu'il se trompe. Il prétend, par exemple, que son foulard est fait de soies de porc-épic.

1889. Juin. — Jan. syllabe bien, il a la parole libre et s'exprime correctement. Son écriture a peu gagné, il copie en caractères moyens assez lisiblement. La mémoire est assez bonne. Il fait de petites additions et de petites soustractions, connaît les couleurs, la forme des objets, le nom des jours et des mois. Il est attentif, assez courageux au travail, sauf dans ses périodes d'excitation qui reviennent à peu près tous les deux mois. Son caractère est très irritable, il injurie tout le personnel quand il est en colère.

La propreté laisse toujours à désirer. Il urine parfois dans son pantalon. Il s'habille assez bien, mais ne veut jamais nouer ses souliers qu'il sait cirer. Il a le regard dur, et prononce à chaque instant des paroles incohérentes. A l'atelier de cordonnerie, il fait bien les piqûres; mais souvent il refuse de travailler et devient alors très grossier en gestes et en paroles. Il danse assez bien la polka, quand il veut. — Hydrothérapie, depuis le premier avril.

6 juillet. — Panaris à l'index gauche guéri après incision, sans particularité.

15 juillet. — Jan. dit que « si on ne le retire pas il se tuera. — Comment te tueras-tu ? — Avec un couteau du réfectoire. — Je vais empêcher qu'on te donne un couteau. — J'en volerai. — Et qu'en feras-tu ? Ça ne coupe pas. — Je l'affuterai sur une pierre. — Que feras-tu hors d'ici ? — Le métier de mon père, charretier. — Mais personne ne voudra de toi. — Mais si. — Tu as un patron ? — Oui, monsieur. » Après quelques autres questions, Jan. a répondu l'air souriant : « Eh ! bien, voulez-vous que je vous dise ? Allez vous faire voir » ! C'est maintenant son habitude, il termine tous ses interrogatoires par des injures qui surviennent tout à coup, sans raison, et le plus souvent sans que dès l'abord sa figure exprime la colère.

20 juillet. — *Puberté et organes génitaux.* — Moustaches bien marquées, Jan. arrache parfois des poils. Menton couvert de poils peu longs, assez abondants. Les favoris sont bien marqués. Tronc glabre. Poils assez abondants sous les aisselles. Les membres offrent de nombreux poils courts, abondants surtout à la face postérieure des cuisses. Pénil couvert de poils châtains, frisés, ayant envahi les aines, se prolongeant jusqu'à l'ombilic. Poils assez abondants au périnée et à l'anus. Longueur de la verge 90 millimètres, circonférence 100 millimètres. Gland facilement découvrable,

méat normal. Tout le gland et le prépuce sont légèrement enflammés. Scrotum moyennement pendant, un peu plus à gauche qu'à droite. Testicules normalement situés; le gauche paraît un peu plus volumineux que le droit. Celui-ci du volume d'un œuf de pigeon. Onanisme. « Oui, dit Jan., je me masturbe, si je me masturbe c'est que je n'ai pas besoin de vous. » Il est toujours insolent. Il répète souvent les mêmes expressions; par exemple: « La ligne perpendiculaire », mot qui certainement fait allusion à l'érection, ou « laissez-moi ou je vous *carre* la queue au cul. » Ce matin pour l'examiner il a fallu le faire déshabiller par des infirmiers et le faire maintenir.

Progression du poids et de la taille de Jan. (1879-1889)

ANNÉES	MOIS	POIDS	TAILLE
1879	Novembre	20k 050	1m15
1880	Septembre	21 800	1 20
1881	Juillet	23 090	1 22
1882	Janvier	26 060	1 24
	Juillet	24 080	1 25
1883	Janvier	25 300	1 29
	Juillet	26 020	1 30
1884	Janvier	27 »	1 32
	Juillet	28 500	1 34
1885	Janvier	31 400	1 38
	Juillet	33 100	1 41
1886	Janvier	35 600	1 45
	Juillet	38 800	1 48
1887	Janvier	40 500	1 51
	Juillet	44 600	1 52
1888	Janvier	44 »	1 53
	Juillet	45 200	1 55
1889	Janvier	46 »	1 55
	Juillet	48 300	1 55

MENSURATIONS DE LA TÊTE (1883-1889)

	1883 — JUIN	1887 — JUIN	1888 JANVIER	1888 JUILLET	1889 — JUILLET
Circonférence horizontale maxima......	44c »	44c 5	45c 5	47c »	47c »
Demi-circonférence bi-auriculaire.......	24 »	30 »	30 5	31 5	30 5
Distance de l'articulation occipito-atloïd. à la racine du nez....................	26 5	26 5	29 »	30 »	30 5
Diamètre antéro-postérieur maximum...	13 5	14 »	14 5	15 »	14 7
— bi-auriculaire.................	»	10 8	12 »	12 5	12 »
— transversal maximum (1).......	12 »	12 5	12 8	13 1	12 9

(1) Les petites différences qu'on peut noter en moins, d'une année sur l'autre, peuvent tenir à l'état de la chevelure, bien que nous ayons autant que possible le soin de prendre les mensurations quand les cheveux ont été récemment coupés. Les enfants ont toujours les cheveux courts.

Bien qu'il s'éloigne de la question spéciale que nous envisageons — la microcéphalie — il est un point de cette observation que nous jugeons à propos de relever : il s'agit de l'*épilepsie*, complication que nous avons notée dans 3 des 7 observations que nous avons publiées. Les accès, chez Jan., ont disparu après s'être montrés durant plusieurs années, et ont été remplacés par des *périodes d'excitation,* alternant avec des *périodes de mélancolie.*

OBSERVATION III.

Sommaire. — Antécédents paternels négatifs. Mère nerveuse. Grand-père paternel excès de boison. Grand'tante maternelle migraineuse. Sœur de mère morte de convulsions. Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite à la naissance (microcéphalie très prononcée et prognathisme supérieur). Convulsions répétées à un an. Fugues solitaires. Imitation des animaux. Kleptomanie. Accès de colère. Grimaces de la face. Défaut de prononciation. Echolalie. Idiotie. Amélioration notable sous l'influence du traitement.

Arnou.. Gabriel, né à Yssy-l'Évêque (Saône-et-Loire), le 20 mai 1876, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 30 mars 1885, à l'âge de neuf ans.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère en juin 1885.)— Enfant naturel. — *Père*, environ trente ans, domestique chez l'oncle de la mère. Il n'a pas la tête grosse, mais elle est régulière. « On m'a dit que lorsqu'il était petit il n'avait pas beaucoup d'esprit, qu'il était d'un caractère sauvage. » Il est sobre, grand, mince, d'un caractère gai, intelligent, assez instruit, laborieux : « il faisait tout ce qu'il voulait ». Pas de maladie nerveuse, etc. Aucun détail sur sa famille ; il est lui-même enfant naturel. « Sa mère n'avait pas beaucoup d'esprit ; elle était laide mais non difforme. Il avait des frères et des sœurs que je ne connais pas. »

Mère, vingt-sept ans, domestique, brune, physionomie plutôt agréable, bonne tenue ; intelligente. Elle est un peu nerveuse, mais n'a ni migraine ni attaques de nerfs, etc.

[*Père*, bien portant, *excès de boisson* ; il s'est remarié deux fois après la mort de sa femme et elle ne l'a pas revu. — *Mère*, morte un an après la naissance de la personne qui nous renseigne, après avoir été longtemps malade de misère, de faim, d'ennuis (son mari avait déjà des rapports avec la femme qu'il a épousée peu après.) — *Grands parents paternels*, pas de détails, si ce n'est que sa grand'mère paternelle était très méchante, et avait rendu sa propre mère très malheureuse. — *Grand-père maternel* mort d'une fluxion de poitrine à soixante-huit ans. — *Grand'mère maternelle* morte de chagrin et usée parce que son fils était parti pour la guerre de 1870. — Un *oncle* bien portant, sans antécédents nerveux ainsi que ses enfants. Une *tante* migraineuse qui a élevé l'enfant et l'aurait battu. — Sept *frères* ou *sœurs* : quatre sont morts tout petits, on ne sait de quoi, le cinquième s'est enfui du pays parce qu'il était maltraité par son père et sa grand'mère paternelle ; les deux autres sont deux jumeaux, dont l'un est vivant. Pas d'autres jumeaux, pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de trois ans. Deux *enfants* : Le premier est notre malade ; la seconde, d'un autre père, est morte, on ne sait pas de quelle maladie ; elle aurait eu des *convulsions*.

Notre malade. — A la *conception* père et mère bien portants. La mère pensait épouser son amant et a eu des rapports avec lui pendant deux mois. — *Grossesse* : beaucoup de chagrins en raison des reproches que lui faisaient son oncle et sa tante. Ni coups, ni chutes, ni peur, ni tentatives abortives, ni alcoolisme, ni œdème, etc. — *Accouchement* à terme, rapide, sans chloroforme. — A la *naissance*, pas d'asphyxie ; l'enfant a crié tout de suite, il était « tout petit, tout petit ». Il avait une « toute petite tête, toute ronde ». Elle dit qu'elle avait le ventre peu volumineux et qu'on n'eût pas dit qu'elle était enceinte. (L'oncle voyant les rapports de sa nièce et de son domestique, et ignorant la grossesse, mit le domestique à la porte. C'est sa mère, à lui, qui empêcha le mariage parce qu'elle était trop jeune et qu'ils étaient tous deux sans fortune.) L'enfant a été élevé au biberon par sa grand'tante maternelle (lait de chèvre). Sa mère ne l'a revu qu'au commencement de l'année 1884, c'est-à-dire à sept ans et demi. La tante chez laquelle il était à la campagne, avait écrit à la mère qu'elle ne pouvait le garder plus longtemps parce qu'il se sauvait dans les champs toujours seul, ne revenant que pressé par la faim et parce qu'on ne pouvait l'envoyer à l'école. Sa mère a été très surprise de le voir dans l'état où il était. On ne

lui avait rien dit pour ne pas lui faire de peine. On lui a raconté qu'il aurait eu des *convulsions* plusieurs fois, sans pouvoir en fixer les caractères ni le nombre exact. La dernière fois on avait cru qu'il était mort. On ne sait à quel âge il a parlé ; mais à son retour, il parlait très mal, on ne le comprenait pas. Il *imitait les animaux*, il donnait des coups de tête, bêlait comme les moutons et chevrottait comme les chèvres ; il imitait les chiens, les chats, les vaches (1). Il jurait. Dans toutes ces actions si on le réprimandait il cessait. Il n'était pas méchant, mais colère, boudeur. Il paraissait aimer sa tante, mais il avait l'air de la craindre ; il l'a quittée sans pleurer et n'en a pas parlé dans la suite. On ne sait à quel âge il a marché et été propre. On croit qu'il n'a eu ses premières dents qu'à treize mois. A son arrivée à Paris, sa mère l'a mis en garde chez son concierge ; celui-ci était cordonnier et l'enfant l'imitait. Une nuit la sonnette électrique l'ayant réveillé, il a sauté de son lit ; il ne savait plus où il était, voulait se sauver, cherchait la porte et ne voulait plus se recoucher. Le lendemain, en entendant sonner il n'eut plus peur. A la campagne il n'urinait jamais au lit, il satisfaisait ses besoins dans les champs. A Paris, les premiers jours, il urinait au lit, il ne voulait pas aller aux cabinets, mais dans la rue. Sa mère l'a gardé huit jours. Il était déjà amélioré et avait cessé une partie de ses grimaces. Pas d'onanisme, pas de bave, de grincement de dents, ni de balancement. Son caractère est plutôt affectueux. Il aime à coudre et à ramasser des chiffons. Au bout de huit jours, il fut placé à l'Asile clinique où il a eu la rougeole. Une fois remis, il a été envoyé à Bicêtre.

1885. 14 avril. — Arn.... parle très vite, il est difficile de le comprendre. Il est *écholalique*, il répète ce qu'on dit devant lui, parfois même il imite les gestes. Si la phrase est longue, il ne répète que les derniers mots ou s'il répète les premiers ils sont incompréhensibles. Où est maman ? « Maman. » — Comment s'appelle mademoiselle ? « s'appelle mademoiselle. » Rarement il parle spontanément, il faut qu'il y soit poussé. Par exemple il vient se plaindre si un camarade l'a battu, demande du pain, du vin, à aller aux cabinets. La prononciation est défectueuse : ainsi il prononce papier « pié », bonjour « lajour », couteau « cteau ».

Il mange proprement avec la cuiller et la fourchette. Il ne se sert pas du couteau. Bon appétit, sans voracité ; mastication régulière ; ni salacité, ni rumination ; selles quotidiennes ; pas de gâtisme. Bonne tenue ; caractère jaloux et méchant ; il se bat sans cesse avec ses camarades et il crie s'il n'est pas le plus fort. Il est atteint de *kleptomanie* : il vole des livres, des clefs, etc., mais non des gourmandises. Il se débarbouille assez mal, se lave les mains, sait s'habiller et se déshabiller et le fait promptement. *Grimaces* et *tics* de la face : il ouvre les yeux autant qu'il peut et plisse le front. Ses grimaces rappellent celles de Jan., autre microcéphale du service, qui en le voyant, s'écria : « Tiens, c'est mon frère ». (Observation II.) — Souvent aussi il imite les singes.

Aucune notion de l'écriture, de la lecture, des couleurs, des leçons de

(1) On peut attribuer ces habitudes au long séjour de l'enfant à la campagne où il voyait chaque jour des animaux.

choses. — *Traitement* : Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, un bain salé par semaine ; gymnastique ; petite école.

30 Mai. — Eczéma de la racine du nez et des joues. — L'écholalie persiste.

Octobre — La parole s'améliore ; Arn.... est moins jaloux et moins batailleur.

Novembre. — Arn.... commence à reconnaître les lettres, les chiffres, les couleurs. Il fait des « s » et des « m » sur l'ardoise. Il est habile à la gymnastique et y prête attention. Il commence à perdre l'habitude de voler.

1886. Janvier. — Arn.... parle beaucoup mieux, et plus à propos. Il connaît maintenant toutes les choses de la classe, et porte attention à tout ce qu'on lui fait faire.

Mars. — Il perd progressivement l'habitude de répéter ce qu'on lui dit et de faire des grimaces.

État actuel (5 avril). — *Tête* : Le *crâne* est arrondi et conique, très atrophié dans sa partie postérieure où se trouve un méplat allant du vertex à la protubérance occipitale externe ; dans le sens transversal, le crâne est relativement large. Le front est fuyant, assez élevé sur sa partie médiane, (6 centimètres) mais se rétrécissant beaucoup sur les parties latérales. Les cheveux, châtain très clair, sont abondants, irrégulièrement plantés, descendent très bas sur les côtés du front et se continuent par un fin duvet blond jusque vers la queue des sourcils. (Voir plus loin les dimensions de la tête.)

Face. — Les arcades sourcilières sont assez saillantes. Les sourcils, châtain foncé, sont accusés seulement dans leur partie interne. — Les *yeux*, moyennement enfoncés dans l'orbite, sont grands, largement fendus. L'iris est gris verdâtre ; les pupilles sont égales. Les cils sont longs et abondants. — Le *nez* est gros, épaté, les narines largement ouvertes. — Les *lèvres* sont épaisses, très saillantes. Le menton est petit, peu fuyant. Dans son ensemble la face est ronde, mais oblique en bas et en avant. Elle rappelle un peu la face du nègre. — Les *oreilles* sont bien ourlées, mais très écartées de la tête ; le lobule est petit, détaché.

Dentition. — Douze dents à la *mâchoire supérieure* : canines et molaires de lait. Incisives centrales, grandes, légèrement écartées, obliques en avant. Douze dents à la *mâchoire inférieure* : canines et molaires de lait. Incisives serrées. — *Articulation* : léger prognathisme supérieur. Mâchoires très développées.

Le *cou* est mince (circonférence 26 centimètres), d'une longueur moyenne. Les épaules sont tombantes, bien développées, symétriques. — Le *thorax* est normalement conformé, peu musclé ; la fossette sous-sternale est très accusée. Circonférence sous les aisselles dans l'expiration, 60 centimètres ; au niveau des mamelons, 64 centimètres. Le dos est normal ; l'abdomen un peu proéminent. L'ensellure lombaire est très marquée.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont minces, mais bien constitués et symétriques ; les doigts, les orteils et les ongles normaux. Les mains sont rouges et froides.

La *digestion*, la *respiration* s'exécutent régulièrement. — La *sensibilité générale* est intacte. — La *vue* est normale ; l'enfant ne connaît pas bien les couleurs. — L' *ouïe* est bonne. — L' *odorat* est obtus : l'ammoniaque, la valériane, l'eau de Cologne ne paraissent faire sur lui aucune impression. En ce qui conserne le *goût*, il est de même difficile d'obtenir un renseignement précis : la coloquinte lui fait faire la grimace ; mais il approuve si on lui dit que c'est bon.

Organes génitaux. — Verge : longueur 6 centimètres ; circonférence 5 centimètres ; prépuce très long ; gland découvrable ; méat normal. Testicule unique et de la grosseur d'une olive. — Le visage, les aisselles, le pénil sont glabres. Pas d'onanisme.

1887. Août. —Plaque de *teigne* sur la partie antérieure du crâne, de la largeur d'une pièce de 2 francs. L'enfant est envoyé au *pavillon d'isolement*.

Novembre. — L'affection du cuir chevelu s'est améliorée considérablement ; il ne reste plus que quelques points douteux.

1888. 24 Février-2 Mars. — Embarras gastrique fébrile.

Juillet. — *Organes génitaux; puberté.* — Visage, aisselles et pénil glabres ; mêmes dimensions de la verge. Scrotum un peu plus pendant à gauche qu'à droite. Les testicules sont descendus, égaux, du volume d'une grosse olive.

La *parole* se développe ; on note quelques progrès en *écriture ;* Arn... reconnaît toutes les lettres mais seulement quand on les lui présente dans l'ordre ; il compte jusqu'à 50.

1889. Juillet. — Arn.... a fait des progrès surtout en écriture, en gymnastique et en connaissances usuelles. Il répond généralement aux questions qu'on lui pose ; mais sa parole est toujours peu intelligible. Il ne répète presque plus les mots qu'on lui dit. Son *caractère* aussi s'est amélioré ; il est moins voleur et moins jaloux. Il connaît bien les couleurs, les noms et les usages des différentes parties de son corps, de son habillement et des objets usuels. Il fait aussi moins de grimaces. Il aime à s'occuper et prend plaisir à nettoyer la vaisselle au réfectoire. Il est maintenant apprenti vannier et travaille une demi-heure par jour.

Puberté. — Très léger duvet sur la lèvre supérieure, tronc, aisselles et membres glabres. — Léger duvet sur le pénil ; quelques poils au pourtour de l'anus. Longueur de la verge 52 millimètres, circonférence 62 millimètres. Scrotum un peu plus pendant à gauche qu'à droite ; les testicules égaux, normalement situés, ont le volume d'un petit noyau de pêche. Pas d'onanisme.

Progression du poids et de la taille d'Arno...

	1885	1886		1887		1888		1889	
	—								
	MARS	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET
Poids.......	19^k050	19^k650	21^k305	23^k600	23^k800	25^k100	26^k200	26^k500	29^k
Taille.......	1^m14	1^m18	1^m195	1^m21	1^m24	1^m25	1^m27	1^m275	1^m295

Mensurations de la tête de 1886 a 1889

	1886	1888	1889
Circonférence horizontale maxima...........	450^{mm}	465^{mm}	470^{mm}
Demi-circonférence bi-auriculaire............	269	273	280
De l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez..............................	280	295	295
Diamètre antéro-postérieur maximum........	145	146	146
— bi-auriculaire......................	»	119	118
— transversal maximum..............	135	134	138

Les tableaux qui terminent cette observation, ainsi que ceux qui accompagnent la précédente, nous paraissent mériter l'attention. Ils permettent, en effet, de suivre le développement de la tête, d'une part, et, d'autre part, le développement physique général dans deux de ses principaux caractères : le *poids* et la *taille*.

Quant au tableau des mensurations de la tête, il nous semble aller aussi, par les résultats qu'il contient, à l'encontre de l'hypothèse qui attribue la microcéphalie à l'ossification prématurée du crâne, puisque nous voyons s'élever chaque année le chiffre des différentes dimensions de la tête. Sur ce point si important nous devons d'ailleurs nous borner à de simples réflexions, le nombre

de cas suffisamment étudiés et durant un laps de temps convenable ne nous autorisant pas à tirer une conclusion définitive [1].

Observation IV

Sommaire. — Père : accès de mélancolie; suicidé. Grand-père paternel mort aliéné. Antécédents maternels, nuls. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de quatorze ans. Microcéphalie et prognathisme supérieur à la naissance. Marche à vingt et un mois. Jamais de convulsions. Imbécillité. Fugues. Parole très limitée. Réponses par signes ou par écrit. Éducabilité possible.

Mar.., Charles Maurice, né le 20 décembre 1876, à Paris, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 27 juin 1889.

Antécédents (renseignements fournis par sa mère le 28 juin 1889). — *Père* commerçant, sobre, s'est suicidé à quarante-sept ans, à la suite de pertes d'argent. Pas de renseignements sur sa vie avant son mariage, si ce n'est qu'à vingt ans il aurait eu un accès de *mélancolie* de quelques mois, mais n'a pas été enfermé; pas d'autres manifestations nerveuses. [*Père*, mort fou à Charenton, à la suite de pertes d'argent. — *Mère*, morte d'une fluxion de poitrine. — *Grands parents*, inconnus; une *tante maternelle* a quatre-vingt-cinq-ans et se porte bien. — Un *frère*, mort à sept ans, d'une maladie d'estomac]. Pas d'autres aliénés, pas de paralytiques, d'épileptiques, etc., dans la famille.

Mère, trente-deux ans, brune, traits réguliers, intelligente; fièvre typhoïde à sept ans; pas de convulsions dans l'enfance, ni de maladie de peau, ni de céphalalgies, etc. Mariée à seize ans. [*Père*, mort à quarante-trois ans d'une maladie du foie; on ne sait s'il faisait des excès de boisson. — *Mère*. *Grand-père maternel*, nul détail. — *Grand'mère maternelle*, morte à quatre-vingt-sept ans. Pas de renseignements sur les *grands parents paternels*. — Deux *oncles* et deux *tantes* maternels bien portants, ainsi que trois *frères* et leurs enfants.] — *Pas de consanguinité*. Différence d'âge entre le père et la mère, quatorze ans [2]. — Un seul *enfant* et deux fausses couches.

Notre malade. — A la *conception* tous deux étaient en bonne santé et « en bon accord ». — *Grossesse* régulière, ni vomissements, ni peur, ni chutes, ni alcoolisme, etc. — *Accouchement* à terme, un peu long, mais naturel et sans chloroforme. — A la *naissance*, pas d'asphyxie, l'enfant a crié

(1) Les observations contenues dans nos deux mémoires renferment des indications non seulement sur le poids, la taille, le développement de la tête, mais encore sur l'évolution des organes génitaux et les phénomènes qui caractérisent la *puberté*. Ces recherches, que nous poursuivons depuis 1879 nous permettront peut-être un jour de décrire d'une façon convenable la *puberté* chez les idiots et les épileptiques. (B.)

(2) Certains auteurs ont attribué une influence sur la production de l'idiotie à l'*inégalité d'âge* des père et mère. C'est dans le but d'apprécier cette influence que nous consignons cette particularité dans toutes nos observations. (B.)

de suite. — Élevé au sein jusqu'à quatorze mois, il n'a marché que vers vingt et un mois. Il n'a jamais été propre : il gâte au lit, matières fécales et urine. Il aurait du prolapsus rectal. « Il a commencé à parler aussitôt que les autres enfants, mais il n'a pas fait de progrès. » Première dent à six mois. Rougeole à trois ans. Pas de *convulsions*. Il a eu la *coqueluche* alors qu'il tétait encore. Pas d'autre maladie, aucune manifestation lymphatique. Il semble affectueux ; cependant il quitte ses parents sans pleurer et n'a pas montré d'émotion, quand, il y a trois mois, on lui a dit que son père était mort. Il a essayé plusieurs fois de se sauver ; mais n'a jamais découché. Il ne court pas après les petites filles et ne se masturbe pas. Il touche à tout, et jette les objets par dessus les murs pour faire des niches. Il déchire ses vêtements et a la manie de se déshabiller ; pas de rêves, de cauchemars, de peurs nocturnes ; pas de pyromanie, ni de kleptomanie.

État actuel. 30 juin 1889. — *Tête* ovoïde à grosse extrémité postérieure. La région occipitale est assez développée ; les bosses pariétales sont tout à fait déprimées ; aussi la tête paraît-elle aplatie latéralement.

Le front est bas (36 millimètres), il n'y a pas à proprement parler de bosse frontale, il y a de chaque côté une dépression très prononcée. Les arcades sourcilières sont très effacées. Il semble y avoir une rainure au niveau de la suture fronto-pariétale et des sutures fronto-temporales. Un peu au-dessus de l'occiput et du côté droit on note quatre cicatrices.

Les *oreilles* sont un peu grandes, écartées du crâne ; l'ourlet est à peine marqué ; le lobule est bien détaché. L'enfant porte la tête un peu relevée et inclinée du côté gauche.

Circonférence horizontale max.................	50 c.	1/2
Demi-circonférence bi-auriculaire...............	32	»
Dist. de l'art. occipito-atl. à la racine du nez....	36	»
Diamètre antéro-post. max.....................	17	2
Diamètre bi-auriculaire........................	11	5
Diamètre bi-pariétal...........................	13	3

Face. — Sourcils peu abondants. Yeux petits ; pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à la distance. Nez gros, surtout dans sa partie médiane ; légère courbure à concavité gauche. La pommette droite est plus saillante que la gauche. Les lèvres ne présentent rien de particulier ; mais l'enfant tient constamment la bouche entr'ouverte.

Dentition. — *Mâchoire supérieure :* 14 dents saines, assez bien rangées, blanches, contiguës. Canine droite incomplètement sortie. Canine de lait gauche encore en place. *Mâchoire inférieure :* 13 dents saines, assez bien rangées ; la première molaire gauche manque. *Articulation* assez régulière. Léger *prognathisme* supérieur ; gencives en bon état. La voûte palatine est profonde ; le voile du palais normal.

Le *cou* offre un volume normal, circonférence 30 centimètres. Le thorax est symétrique. Pas de déviation rachidienne. Le ventre est souple.

Les *membres supérieurs* sont de volume égal, bien musclés ; les articulations sont souples ; à droite et à gauche la première phalange de l'index

offre un volume plus considérable que la seconde. Les *membres inférieurs* sont égaux, sans malformation ; pas de cyanose. Les différents organes : cœur, poumons, foie, rate, etc., sont sains et les fonctions régulières.

Organes génitaux et puberté. — Visage, aisselles, pénil, entièrement glabres. Longueur de la verge, 55 millimètres ; circonférence, 60 millimètres, gland découvrable, méat normal. Testicules normalement situés, égaux, du volume d'une *petite olive.*

Sensibilité générale, normale. — *Odorat* peu développé. — *Goût:* quand on met de la coloquinte sur la langue de l'enfant, il dit que c'est agréable tout en faisant une grimace. — *Ouïe* et *vue* bonnes ; l'enfant ne connaît pas les couleurs par leur nom.

Poids, 31 kilog. 300. — *Taille*, 1 m. 29. Dynamomètre : main droite, 17 ; main gauche, 15.

La *parole* est à peu près nulle : on parvient très difficilement à lui faire prononcer un mot et plus facilement les monosyllabes. En général il bave quand il parle. Il faut le forcer à parler, son habitude est d'écrire ce qu'il veut dire sur un tableau, une ardoise, du papier ou sur une table avec un doigt ; dans ce cas il mouille le doigt avec de la salive. Il aime beaucoup à interroger par signe et demande de cette manière le nom des personnes qui l'entourent, puis il essaie aussitôt de l'écrire ; lorsque l'orthographe en est difficile, il attend qu'on lui dicte les lettres.

Mar... sait lire. On s'en est aperçu non à ce qu'il prononçait les mots, mais parce que, dans quelques cas, on voit qu'il comprend. Par exemple s'il aperçoit sur un tableau la date de la veille, il l'efface, ou s'il la voit sur un calendrier, il arrache le feuillet. L'écriture est grosse, assez lisible, il aime surtout à écrire au tableau noir. Mais il ne peut écrire une phrase dictée ; il écrit cependant assez facilement la réponse à la question qu'on lui pose. Il ne compte pas tout haut, mais il écrit les nombres jusqu'à 110.

Mar... connaît à peu près tout ce qui est contenu dans les boîtes, il se trompe souvent en plaçant les couleurs. Il ne connaît aucune étoffe. Il a la notion des longueurs, du poids, du temps, mais non des solides et des surfaces.

A la gymnastique, il se prête aisément à l'exécution des mouvements ; il saute bien. Il se tient mal au *réfectoire*, et constamment se dérange pour aller et venir. Il se sert convenablement de la cuiller et de la fourchette, mais mal du couteau. Il saisit bien les aliments ; la mastication est bonne, il n'y a ni bave, ni succion, ni rumination ; la digestion et les selles sont régulières.

Pas de tics. L'enfant a la manie de ramasser les bouts de cigarettes, de les débarrasser du papier, puis de mâcher le tabac. — Son *caractère* est assez affectueux ; il aime qu'on s'occupe de lui, il est assez obéissant ; avec ses camarades, il est souvent méchant ; quand il en voit deux se disputer ou se battre il va près d'eux, les sépare et les frappe tous deux. Il sait se laver, s'habiller, se déshabiller seul ; sa tenue est assez bonne.

Pour compléter les descriptions que nous venons de donner nous croyons devoir présenter les malades des Observations II, III et IV et mettre sous les yeux des membres du Congrès le

buste, les photographies, le squelette de la tête et le cerveau du malade de l'Observation I. Si l'on veut bien comparer le cerveau et ses photographies, aux planches qui représentent les malades Cher... et Eder... dont nous avons publié les observations en 1881, on verra combien est différent le cerveau de ces trois malades et que la microcéphalie est loin de reconnaître toujours pour cause le même arrêt de développement dans l'évolution du cerveau. L'examen de la calotte du crâne de Cher... et de Clut... rapproché de l'examen des cerveaux montre, croyons-nous, que l'opinion qui rattache toujours la microcéphalie à une ossification prématurée des sutures, si elle est exacte dans certains cas, est peut-être loin d'être la règle.

Nous avons également montré au Congrès un petit microcéphale, Mazi... Henri, né à Créteil le 2 juillet 1884, dont nous nous bornerons à résumer ici sommairement l'observation.

Observation V

Résumé.

Sommaire. — Grand-père paternel alcoolique, mort d'un cancer du pylore. Arrière grand-père et deux grands oncles paternels alcooliques. Mère, grand'mère, grand'tante et tante maternelles, migraineuses. Grand' tante maternelle suicidée. Tante aliénée. Inégalité d'âge de sept ans entre le père et la mère.

A l'entrée, Mazi... était complètement gâteux; il lui était impossible de se tenir debout. La jambe gauche paraissait un peu plus faible que la droite. On notait chez lui du tournoiement de tête, des grincements de dents et un balancement antéro-postérieur du tronc. La parole est absolument nulle. Il crie et pleure une partie de la nuit; il dort le matin. L'attention peut être fixée. La préhension se fait assez bien ; toutefois Mazi... n'aide en rien pour s'habiller et se déshabiller et ne sait pas se servir de la cuiller. Il est affectueux et reconnaît ses parents. *Traitement :* exercer l'enfant à se tenir debout et à marcher; le placer sur le vase à des heures régulières ; exercices de la parole ; sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, bains salés.

Bien que, de son entrée au mois d'août de cette année, divers accidents aient entravé le traitement, déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration encore peu prononcée, mais indubitable. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le prouvent les tableaux suivants :

	Janvier 1888.	Juillet 1889.
	—	—
Poids	6k 500	8k 400
Taille	65c »	67c »
Circonférence horizontale maxima de la tête	40 »	41 5

	Janvier 1888.	Juillet 1889.
	—	—
Demi-circonférence bi-auriculaire..............	25 »	27 »
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe...........................	30 »	30 5
Diamètre antéro-postérieur maximum...........	14 2	14 5
Diamètre bi-auriculaire........................	9 »	9 1
— bi-pariétal........................	10 5	11 2

L'enfant commence à se tenir sur les jambes, ne gâte plus que par moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, maman, du pain, ça y est, non, voilà. En nous appuyant sur ces résultats, nous pouvons espérer que, dans un temps plus ou moins long, l'enfant sera tout à fait propre, marchera et parlera.

Les observations qui précèdent et que nous aurions pu aisément multiplier font voir que les idiots microcéphales sont susceptibles d'être améliorés d'une manière très notable. A ce point de vue, nous relèverons seulement les progrès constatés chez les malades des observations II et III.

C'est à la fin de 1880, que Jan.. a été en mesure de tracer des bâtons avec un crayon sur un cahier. En 1886, il écrivait des mots en caractères d'un centimètre et faisait passablement des chiffres à peu près de la même dimension. Aujourd'hui (août 1889), il trace des lettres et des chiffres de 4 à 5 millimètres de hauteur, écrit sous la dictée des mots simples (dada, dame, fumée, bobo, radis, poche, etc.), opère des additions et des soustractions simples ; la parole est libre, il peut suivre une conversation. A l'atelier de cordonnerie, il fait assez bien les coutures. Sous le rapport de la tenue, de la propreté, il s'est opéré un grand changement.

Arn.... (Obs. III) a commencé à faire des bâtons au mois de juin 1886, des lettres et des chiffres d'un centimètre, en juin 1888, à écrire en caractères ordinaires, en octobre 1889. Il est très souple, très habile à la gymnastique, a appris à écrire, à compter jusqu'à 50 ; il connaît toutes les lettres, mais est encore incapable d'assembler ; il sait le nom et l'usage des animaux et de tous les objets qui l'entourent. Il a perdu à peu près complètement l'habitude de faire des grimaces, de se battre, de crier et de voler. Il est devenu moins jaloux et moins coléreux, est heureux d'aider aux travaux du ménage ; il apprend un métier et y met une certaine application.

Le traitement pédagogique et médical n'a pas donné chez ces deux malades, surtout chez le premier, tout ce qu'on est en droit d'en attendre. Il a été commencé tard et nous avons eu à lutter non seulement contre l'état d'idiotie, tel que l'avaient produit les lésions pathologiques, mais encore contre des habitudes vicieuses qu'une longue inaction avait laissées s'établir. Règle générale, plus l'intervention est précoce, plus nombreuses sont les chances d'amélioration. Et c'est précisément en raison de cette intervention dès les premières années de la vie que nous sommes persuadé que l'enfant Maz... (Obs. V) fera, sous tous les rapports, des progrès considérables que nous serons heureux de faire constater aux membres du Congrès qui nous ont fait l'honneur d'entendre notre communication et qui voudront bien venir ultérieurement visiter notre service. *(Applaudissements.)*

La séance est levée à six heures et demie.

SÉANCE DU VENDREDI SOIR, 9 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE M. FALRET

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — DE L'INFLUENCE DES PHÉNOMÈNES D'AUTO-INTOXICATION ET DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC DANS LES FORMES DÉPRESSIVES ET MÉLANCOLIQUES, par M. Bettencourt Rodrigues. — LES CELLULES D'OBSERVATION DES ALIÉNÉS DANS LES HOSPICES, par M. H. Monod. — Adoption d'un vœu relatif à la suppression des abus causés par ces cellules d'observation. — DE LA RESPONSABILITÉ DES ALCOOLISÉS, par MM. Motet et Vétault; discussion : MM. Legrain, Taguet, Semal. — Adoption d'un vœu relatif à la création d'établissements spéciaux pour les alcoolisés ayant ou non commis des crimes ou des délits. — DE L'IVROGNERIE DANS LE MORBIHAN, SES MANIFESTATIONS, SA CRIMINALITÉ, par M. Taguet. — LE VERTIGE ALCOOLIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA RESPONSABILITÉ DES ACTES, par M. T. D. Crothers. — SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. Christian. — NOTE SUR LES MÉNINGO-ENCÉPHALITES SECONDAIRES DANS LA SYPHILIS DU CERVEAU, par M. Mabille.

La séance est ouverte à quatre heures.

M. CHARPENTIER, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance. Ce procès-verbal est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Bettencourt Rodrigues pour la lecture de sa communication.

DE L'INFLUENCE
DES PHÉNOMÈNES D'AUTO-INTOXICATION
ET DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC
DANS LES FORMES DÉPRESSIVES ET MÉLANCOLIQUES

M. BETTENCOURT RODRIGUES, *de Lisbonne* (*Portugal*). — L'influence de l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales n'est plus à discuter aujourd'hui. Tout le monde l'accepte, personne

ne la conteste. C'est elle, plus que toute autre, la vraie cause prédisposante que nous rencontrerons presque toujours, au premier plan, dans l'étiologie des maladies mentales, dans ses formes les plus complexes et variées.

Mais à côté de ce simple élément de prédisposition il nous faudra aussi rechercher avec un soin minutieux, car c'est alors que nous ferons preuve de cliniciens, quelles sont les causes prochaines et immédiates capables de déterminer, chez un individu prédisposé, l'explosion de la folie. Au nombre de ces causes il me semble qu'on doit accorder une place importante aux phénomènes d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, surtout dans les formes dépressives ou mélancoliques.

Tous ceux qui ont observé les aliénés ont eu l'occasion de remarquer chez eux la fréquence des troubles gastro-intestinaux. Pinel les a indiqués et Esquirol, généralisant peut-être un peu trop les faits qu'il avait observés, n'était pas loin de considérer le déplacement du côlon comme une des caractéristiques anatomo-pathologiques de la lypémanie.

Cette idée a été, en grande partie, partagée par Guislain qui, dans son *Traité des maladies mentales*, dit : « Les idées que Esquirol a émises le premier sur le déplacement du côlon n'ont pas tardé à se confirmer ; il est réellement des aliénés chez qui cet intestin est précipité dans le petit bassin. Parfois même on rencontre le rétrécissement de cet organe (1er vol., p. 351) ». De là à la théorie anatomique de l'entéroptose et de la neurasthénie consécutive, présentée dernièrement par Glénard, il n'y a certainement qu'un pas très facile à franchir. Mais passons. Sandras, dans son *Traité pratique des maladies nerveuses*, avait aussi insisté sur les altérations de l'appareil digestif dans certains états nerveux, qui très souvent pouvaient être les prodromes de la folie. Ellis, et ici les faits sont beaucoup plus précis, dans son *Traité de l'aliénation mentale*, traduit par Archambault (p. 116, obs. 36), rapporte entre autres, l'histoire d'un malade sujet à de fréquents accès d'aliénation mentale et qui, à ce point de vue, me paraît particulièrement intéressante.

« On ne peut, chez ce malade, dit-il, découvrir aucune autre cause qu'une lésion dans les fonctions des organes digestifs. Les attaques sont ordinairement précédées des symptômes suivants : langue blanche, épaisse, haleine fétide, digestions mauvaises, avec douleurs dans la région épigastrique, constipation. Ensuite

surviennent l'insomnie, des douleurs dans la tête, les yeux deviennent rouges et le malade s'imagine que des esprits invisibles l'entretiennent des infidélités de sa femme... » Et, plus loin : « L'état des organes digestifs demande, chez ce malade, une très grande surveillance, non seulement dans la convalescence, mais même pendant la meilleure santé, *car, s'il survient du trouble dans ses organes digestifs, une attaque de folie en résulte* aussi sûrement que l'esquinancie chez les personnes prédisposées à cette maladie, quand elles s'exposent à un froid intense ».

Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, p. 440, dit : « De toutes les grandes fonctions de l'économie, la digestion est celle qui, chez les aliénés, m'a toujours présenté les désordres les plus remarquables... ». Et, plus loin : « Chez les aliénés à prédominance d'idées de tristesse et vulgairement désignés sous le nom de mélancoliques ou lypémaniaques, la peau perd chez eux toute fraîcheur, leur teint est jaune et livide. Les fonctions digestives chez ces sortes de malades se signalent par d'autres signes pathognomoniques. Ils ont souvent l'haleine fétide, la langue saburrale, et ils éprouvent des constipations opiniâtres ».

Guislain, que j'ai déjà cité, dit dans ses *Leçons orales sur les phrénopathies* (tome II, p. 42) : « Des diarrhées peuvent coïncider avec la période de décroissance morbide. Dans quelques situations les évacuations alvines, se prolongeant pendant un laps de temps plus ou moins long, ont amené parfois de très heureux résultats ».

Eh bien, Messieurs, tous ces faits et beaucoup d'autres que j'omets pour ne pas fatiguer votre attention, sont d'autant plus dignes d'être pris en considération, qu'ils sont le résultat d'une rigoureuse observation clinique, faite sans la moindre idée préconçue. Je pourrais même ajouter qu'il ne se trouve peut-être pas une seule observation de lypémanie où ne soient consignés des troubles plus ou moins profonds des fonctions digestives. Les purgatifs qui dans ces cas sont si souvent conseillés, les lavages d'estomac sur lesquels mon très distingué confrère et ami, M. le Dr Régis, a tant insisté dernièrement, ne font que confirmer les faits que je cherche à mettre en évidence. Personne ne pourra donc contester cette fréquence vraiment remarquable des troubles gastro-intestinaux chez certains aliénés : constipation, diarrhées, fétidité de l'haleine, état saburral de la langue, gastrorrhée, etc. Et je crois aussi ne pas exagérer, en disant que c'est surtout chez

ces aliénés qu'on trouve le plus souvent un délire mélancolique, ou tout au moins des idées hypocondriaques assez caractéristiques et qui semblent avoir toutes le même point de départ. Ce sont des malades qui ont les intestins bouchés, qui n'ont plus d'estomac, qui ont des animaux dans le ventre, qui ne peuvent plus avaler, ou qui sont empoisonnés. Et, si on les examine avec soin, on constatera presque toujours que ces plaintes sont plus ou moins motivées par un mauvais état des voies digestives. Et je ne parle pas, bien entendu, des idées hypocondriaques des paralytiques généraux, qui, elles aussi, peuvent très souvent avoir le même point de départ.

Dans une des dernières séances de notre Congrès, MM. les Drs Régis et Rouillard en ont cité des cas et, dans la communication si intéressante et si instructive de M. le Dr Régis, vous avez dû remarquer qu'il a assez insisté sur le mauvais état des voies digestives des malades qu'il avait observés.

Étant donnée cette fréquence, si souvent signalée, des troubles gastro-intestinaux chez certains aliénés, je me demande si, dans plusieurs cas, on ne pourrait pas considérer le mauvais fonctionnement des voies digestives comme la vraie cause de la folie.

Après les recherches et les travaux si remarquables de M. le professeur Bouchard sur les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, il me semble que cette simple hypothèse, que je viens de formuler, trouverait peut-être un appui qui ne serait pas en contradiction avec l'observation des malades. Et c'est là, Messieurs, que je désirais arriver. Mon expérience médicale n'est pas encore bien longue et, si elle ne me permet pas de vous fournir une statistique assez démonstrative, elle m'a toutefois permis de constater un fait qui n'est pas sans importance au point de vue de la clinique, à savoir que, chez des aliénés à idées mélancoliques ou hypocondriaques, on trouve presque toujours une dilatation de l'estomac des plus nettes et incontestables et qui cause, en règle générale les troubles dyspeptiques qui ont précédé de quelque temps l'explosion de la folie. Or, nous savons tous que la dilatation de l'estomac réalise une des conditions les plus favorables du développement des phénomènes d'auto-intoxication. L'estomac fonctionnant mal, la matière alimentaire incomplètement digérée subit des fermentations putrides, donnant origine à des produits toxiques, qui peuvent être pour l'organisme une vraie source d'empoisonnement. Il suffit d'un excès de production ou d'une insuffisance d'élimination de ces produits toxiques pour que

l'intoxication se réalise. Or, parmi les accidents toxiques de la dilatation de l'estomac, les troubles du système nerveux ne sont pas des plus rares. Les vertiges, les contractures, l'aphasie transitoire, la syncope, etc., ont été constatés par un grand nombre d'observateurs. Les troubles de l'intelligence ont aussi été notés : torpeur intellectuelle, tristesse, hypocondrie et même des hallucinations de la vue. M. le professeur Bouchard m'a dit dernièrement avoir observé quelques malades avec idées hypocondriaques et quelques-uns même avec des idées de suicide, qui étaient évidemment liées à une dilatation de l'estomac. Et je ne crois pas, Messieurs, que cette relation de cause à effet soit difficile à établir. Pour cela faire, nous avons d'abord le traitement, et j'aurai l'occasion de vous montrer les bons résultats qu'on peut obtenir de l'antisepsie gastro-intestinale, comme d'autres les ont obtenu avec les lavages de l'estomac.

Nous connaissons aussi, et je vous ai rappelé à ce propos l'autorité de Guislain, quelques cas de guérison à la suite d'une diarrhée. D'autres fois encore c'est à la suite d'une polyurie intense que la guérison est survenue.

Le ptyalisme aussi a été signalé comme crise d'une maladie mentale. Pinel et Esquirol en citent des cas. Foville, cité par Morel, parle d'une malade sujette à une démence intermittente, qui a été plusieurs fois guérie par un ptyalisme spontané. Le Dr Thore, dans le tome III des *Annales médico-psycologiques,* rapporte un cas de stupidité portée au plus haut degré, dans lequel survint un ptyalisme très abondant suivi de guérison.

Notre distingué confrère, M. le Dr Déricq, m'a communiqué deux cas de mélancolie jugés par une urticaire et nous savons que l'urticaire, qu'on a souvent constatée pendant les indigestions et les embarras gastriques, n'est pas très rare chez les dilatés. Dans tous ces cas il me semble qu'on est en droit de conclure que c'est à l'élimination du poison par les différents émonctoires, qu'on doit attribuer la guérison de la folie.

Comment expliquer encore ce fait paradoxal de l'interruption ou de la cessation brusque et inattendue d'un délire ou d'une psychose préexistante, coïncidant avec la phase hyperthermique d'une pyrexie grave, si ce n'est par un excès d'activité des combustions interstitielles si favorables à l'oxydation des produits toxiques dont le malade était la proie ? Ceci peut aussi expliquer les bons résultats que quelques aliénistes ont obtenu dernièrement des inhalations d'oxygène dans le traitement de la mélancolie.

Observation I

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, sans antécédents héréditaires bien nets, si ce n'est quelques cas de rhumatisme du côté paternel. Le malade lui-même en a présenté parfois de légères manifestations articulaires. Il y aura bientôt un an qu'il vint me consulter pour la première fois. Le malade se plaignait surtout d'une profonde tristesse et d'une indifférence absolue, même pour les choses les plus sérieuses. Négociant, à la tête d'une maison de commerce assez importante, il se trouve incapable de diriger ses affaires. Triste, abattu, en proie à des idées hypocondriaques, se croyant atteint d'une maladie incurable et craignant de devenir fou, il passe ses journées dans un état presque constant d'angoisse et d'inquiétude. En même temps son caractère est devenu difficile et acariâtre, la moindre chose l'irrite et le contrarie, vivant toujours comme sous la menace d'un grand malheur. Il devient brusque envers les siens et notamment envers sa femme qu'il a toujours beaucoup aimée. Ne se sentant plus la force de réagir et de lutter contre cet état de profonde dépression et d'irritabilité morbide, il pense liquider sa maison de commerce et quitter sa famille pour aller vivre seul à l'étranger. Il est donc en pleine dépression mélancolique, mais ce n'est pas tout. Le malade se dit dyspeptique depuis longtemps. Sensation douloureuse à l'épigastre, bouche pâteuse, langue blanchâtre, éructations fréquentes et tympanisme après les repas. Alternatives de constipation et de diarrhée. L'examen du malade me fait constater une dilatation de l'estomac. La région épigastrique est fortement saillante et globuleuse, la sonorité gastrique s'étend sur une très large surface et le bruit de clapotement est nettement perçu trois travers de doigt en dessous de l'ombilic. Je lui conseille, mais sans résultat, le traitement de G. Sée et Mathieu, par l'ipéca. J'essaie alors l'antisepsie gastro-intestinale par l'iodoforme et le charbon de Belloc, et je lui recommande aussi de prendre tous les matins à jeun un demi-verre d'eau de Janos. Régime de Bouchard. Au bout d'un mois, à peu près, le malade avait complètement changé. Les troubles psychiques dont il était atteint avaient fini par disparaître; le malade reprend ses anciennes occupations et se montre très heureux des bons résultats du traitement. Je dois ajouter que les fonctions digestives s'étaient aussi régularisées, grâce au traitement et au régime que je lui avais conseillé.

Observation II

M. S..., de cinquante-huit ans, capitaine au long cours. Idées hypocondriaques très prononcées. Se croit atteint d'une maladie grave du cœur, à cause de fréquentes palpitations, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Craint de devenir fou, se sent de plus en plus triste et a déjà eu parfois des idées de suicide. Son intelligence s'obscurcit. Impossibilité de fixer l'attention. En lisant, il lui faut à chaque moment recommencer sa lecture. Émotivité exagérée; pleure en racontant ses souffrances. Il veut

que je lui garantisse, sous ma parole d'honneur, que sa maladie n'est pas une maladie grave, car, père de famille, il veut dans le cas d'une mort prochaine mettre de l'ordre dans ses affaires. Avec cela, troubles dyspeptiques très prononcés. Les digestions sont lentes et pénibles et accompagnées d'étouffements qu'il attribue à une maladie de cœur. D'autres fois ce sont des bouffées de chaleur, accompagnées de bourdonnements d'oreille et de vertiges qu'il considère comme la menace d'une attaque d'apoplexie. Haleine fétide, langue saburrale, pyrosis, éructations fréquentes. Tympanisme gastro-intestinal; après les repas, même en mangeant très peu, est toujours forcé de se desserrer. Constipation habituelle, restant quelquefois huit jours sans aller à la selle. Chez ce malade aussi je constate une dilatation d'estomac des plus nettes. Comme traitement, je lui conseille un léger purgatif tous les matins au réveil, le régime de Bouchard, et, une heure après chaque repas, une cuillerée à soupe de charbon de Belloc et un cachet de quinze centigrammes d'iodoforme. Je lui fais aussi quelques lavages d'estomac. Grâce à ce traitement, le malade s'est notablement amélioré; il devient beaucoup moins déprimé, ses préoccupations morbides se sont notablement atténuées ; le malade cherche avec plaisir la société de ses amis, qu'il évitait auparavant pour se livrer tout entier à ses idées hypocondriaques. L'état vertigineux a complètement disparu et si ce n'était les insomnies dont le malade se plaint toujours, il se considérerait déjà comme à peu près guéri. Je continue les lavages d'estomac d'une façon plus suivie, je lui fais de temps en temps recommencer le traitement précédent, auquel j'ajoute une potion de chloral et morphine, prise le soir en se couchant, et au bout de deux mois à peu près de traitement, le malade part en Afrique, tout à fait tranquille sur son état.

Observation III

A. C..., de trente et un ans, mère morte d'une pneumonie, frère mort phtisique. Comme antécédents personnels rien à relever, si ce n'est une certaine impressionnabilité de caractère. A toujours été très peureuse, n'osant pas entrer seule dans une pièce obscure et ne pouvant pas dormir sans lumière dans sa chambre. Pas de maladies aiguës. Mariée depuis six ans, n'a jamais eu d'enfants ; pas de fausses couches. Il y a déjà longtemps qu'elle avait commencé à se plaindre un peu de l'estomac, ce que son mari attribue à l'abus des conserves et des mets très épicés, la malade prétendant que c'est cela qui la faisait manger. Le fait est qu'elle se plaignait souvent de *faiblesses* de l'estomac, l'appétit diminuait et les digestions devenaient lentes et pénibles. En même temps elle commençait à maigrir. On l'a soignée pour la *dyspepsie*, mais sans aucun résultat ; la malade, du reste, ne suivait que très irrégulièrement tous les traitements qu'on lui conseillait. Il y a un an, à peu près, elle, qui était d'un caractère habituellement gai, commence à devenir triste et plus impressionnable que jamais. Commence à ne pas vouloir sortir, se levant très tard, restant quelquefois au lit jusqu'à deux et trois heures de l'après-midi, sous prétexte de faiblesse et de nuits mal dormies. Et, en effet, la malade ne s'endormait que très tard dans la nuit, avait de fréquents cauchemars et se réveillait sou-

vent en sursaut, criant au moindre bruit qu'elle entendait. Son caractère devient aussi très irritable, s'emportant à la moindre chose, accusant son mari, qui l'aime beaucoup, de toutes les petites contrariétés qui pouvaient lui arriver et remplaçant à chaque moment les bonnes sous prétexte qu'il leur faisait la cour. Très préoccupé de son état, son mari me fait appeler pour la première fois. La malade m'accueille assez froidement, me disant qu'elle n'était pas malade. Elle a fini cependant par m'avouer qu'elle ne se sentait plus la même, qu'elle était sujette à des crampes et à des faiblesses d'estomac et qu'elle passait très mal ses nuits. La malade qui était habituellement constipée, avait parfois des crises de diarrhée qui l'affaiblissaient beaucoup. Bouche amère le matin au réveil. La malade dit se réveiller quelquefois la nuit, ayant la bouche pleine d'une salive épaisse, qui coule au point de tacher l'oreiller. Langue toujours sale. Pas d'appétit. Haleine fétide. J'ai constaté une grande dilatation de l'estomac ; bruit de clapotement caractéristique, perçu quelques travers de doigt en dessous de l'ombilic. La malade, qui boit beaucoup d'eau dit avoir souvent remarqué ce même bruit. Il lui suffit, quelquefois, d'un accès de toux pour le provoquer. Je mets tous les troubles, nerveux et autres, que la malade présente, au compte de la dilatation de d'estomac. Je lui prescris un régime approprié et, comme médicaments, le charbon de Belloc et la poudre d'iodoforme en cachet de 10 centigr., trois fois par jour, une demi-heure après les repas, ce dernier médicament alternant avec le salicylate de bismuth — trois jours l'un, trois jours l'autre -- pendant six semaines à peu près. La malade qui, au début, ne suivait ce traitement que d'une façon irrégulière, se conformant très difficilement au régime sec que je lui avais imposé, l'accepte finalement, et avec un bon résultat ; car non seulement l'état général s'est notablement amélioré en peu de temps, mais aussi son état psychique. La malade était devenue plus raisonnable et plus gaie et avait repris ses anciennes habitudes, au point de se considérer comme complètement guérie.

Mais trois mois après, son mari vient m'appeler de nouveau, me disant que sa femme était plus malade que jamais. Après avoir passé deux mois très bien, la malade recommence à devenir triste et concentrée. Les règles qui duraient habituellement trois ou quatre jours, ne sont venues la dernière fois que pour disparaître le jour même. Se croyant enceinte pour la première fois depuis six ans de mariage, elle se montre très préoccupée sur cette grossesse inattendue. Quelques vomissements après les repas ne font que la confirmer dans cette idée. Les insomnies surviennent et souvent dans la nuit elle réveille son mari, montrant de vives préoccupations sur l'état de sa fortune. Elle le croit sans argent pour entretenir sa famille et à la veille de voir toute sa maison saisie par les créanciers. C'est pour cela qu'elle n'ose plus sortir, car tout le monde sait qu'ils sont dans la misère. Parle de vendre toutes ses robes et ses bijoux et de rentrer dans un couvent aussitôt sa grossesse finie. Son mari, qui croyait en effet à une grossesse commençante, attribue à cela le *nervosisme* de sa femme et cherche à la (tranquilliser) ; mais comme il passe des journées entières à côté d'elle, sans sortir, elle croit que c'est parce que ses affaires ne marchent plus qu'il reste à la maison. Cet état ne fait que de s'aggraver tous les jours. La malade ne veut plus sortir de sa chambre, disant qu'elle n'a plus de maison et

qu'elle ne veut pas être à la charge de personne. Parfois elle refuse les aliments, ne prenant que du thé et du bouillon. C'est alors que son mari m'appelle de nouveau. La malade est excessivement affaiblie et dans un état de mutisme absolu, ne répondant que par monosyllabes à tout ce que je lui demande. Langue sèche, fendillée ; léger œdème malléolaire. La malade ne va pas à la selle depuis plusieurs jours. Rien au cœur. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines, qui sont excessivement troubles et d'une couleur laiteuse. Toute la région abdominale douloureuse à la pression. Le ventre est globuleux et saillant, les parois abdominales très distendues par le fait d'un tympanisme très prononcé. Je prescris un purgatif salin et la pommade de belladone sur toute la région abdominale. Le purgatif ne produit pas d'effet. La malade commence à prendre chaque jour six capsules d'iodoforme, de 5 centigr. chaque et, trois jours après, 35 gr. d'eau-de-vie allemande. Diarrhée excessivement fétide qui dure deux jours. La malade se plaint de vertiges et, une fois, au moment de s'asseoir dans son lit, est prise de légère syncope. Commence à prendre une potion gommeuse de salicylate de bismuth (6 gr. de salicylate par jour), de la poudre de viande, des œufs et du vin de Porto dans les bouillons. Grands lavements froids tous les soirs. Au bout de quelques jours de traitement, la malade commence à se trouver un peu mieux et c'est elle-même qui maintenant demande à manger. Elle se montre moins préoccupée, s'intéresse aux choses de la maison, dort mieux et suit rigoureusement tous mes conseils. J'ordonne de nouveau l'iodoforme et le charbon de Belloc et un léger purgatif de sulfate de soude et magnésie le matin au réveil. Les selles se régularisent, l'état psychique s'améliore graduellement et au bout d'un mois et demi de traitement, tout au plus, on la considère comme guérie. Pendant cet intervalle les règles sont venues comme d'habitude.

Chez cette dernière malade et très probablement aussi chez les deux autres, les troubles dyspeptiques ont précédé de quelque temps les troubles psychiques.

Tous les trois étaient des dilatés, c'est-à-dire des individus en état d'*opportunité d'intoxication* et chez lesquels les phénomènes d'auto-intoxication se sont déclarés, soit par un excès de production, soit par une insuffisance d'élimination ou destruction incomplète des produits toxiques d'origine gastro-intestinale. Il est certain, en tout cas, que le traitement antiseptique et que la dépuration organique au moyen des purgatifs a pleinement réussi, aussi bien au point de vue de l'état général que de l'état psychique. Si les trois observations que je viens de rapporter ne sont pas encore suffisantes pour ouvrir un nouveau chapitre de l'histoire pathogénique des maladies mentales, elles peuvent cependant contribuer à nous donner un peu la raison de ces nombreux états de folie, qu'on a si souvent constatés à côté de troubles plus ou moins profonds des fonctions digestives.

Puisque l'antisepsie médicale a pleinement réussi dans ces cas, il y a tout lieu de croire que l'auto-intoxication était pour quelque chose dans les troubles psychiques que présentaient mes malades. D'autres faits plus nombreux et mieux observés établiront peut-être un jour une base plus solide à cette théorie, que je ne cherche aujourd'hui qu'à esquisser, et je suis même convaincu qu'ils finiront aussi par nous renseigner sur la nature d'une maladie qui est un sujet de controverse pour les aliénistes et qui est certainement une des plus graves de toute la psychiatrie : je parle du *délire aigu*. Dans sa remarquable thèse inaugurale, notre distingué confrère, M. le Dr Briand, n'est pas loin de plaider la nature toxique de la maladie, quand il dit : « L'aspect typhique des malades, les troubles physiques qu'ils présentent, leurs attitudes particulières si difficiles à décrire, mais si frappantes pour l'observateur qui les suit, les rapprochent singulièrement de cet état septicémique de plusieurs autres affections graves et laisseraient croire à un empoisonnement dont la nature nous échappe. »

Eh bien, Messieurs, je suis absolument convaincu que le *délire aigu* n'est autre chose qu'une auto-intoxication portée à son plus haut degré d'intensité. Sans parler des troubles psychiques, si variables sur chaque malade et qui, eux, n'ont en somme rien de bien caractéristique, les autres symptômes de la maladie ne sont-ils pas les mêmes que ceux qu'on observe dans les cas d'intoxication par obstruction intestinale : l'élévation de température, la petitesse et la fréquence du pouls, les sueurs froides et visqueuses, la couleur terreuse des téguments, l'extrême fétidité de l'haleine, l'état syncopal des extrémités, la prostration, la mydriase, le collapsus, les crampes musculaires, etc. ? Les éruptions cutanées qu'on a quelquefois constatées dans le délire aigu, la couleur lie de vin, les plaques scarlatiniformes indiquées par Schüle et que j'ai moi-même constatées chez deux malades, ne les retrouve-t-on pas aussi dans les obstructions intestinales ? Lépine et Daniel Mollière, cités par Bouchard, virent un cas d'occlusion intestinale, suivi d'accidents simulant l'intoxication par l'atropine, *rougeur scarlatiniforme, mydriase, accélération du pouls*. N'est-il pas encore, le *délire aigu*, un accident grave des plus fréquents chez les mélancoliques anxieux, c'est-à-dire chez les aliénés qui ont les troubles les plus profonds des fonctions digestives ?

Ce n'est peut-être qu'une hypothèse, ce que je formule ici, mais elle est en tout cas d'accord avec les principes et les lois les plus incontestables de la pathologie générale. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au Ministère de l'intérieur, pour la lecture d'une communication.

LES CELLULES D'OBSERVATION DES ALIÉNÉS
DANS LES HOSPICES

M. Henri Monod, *directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques de France.* — Messieurs, l'attention de l'administration avait été appelée par M. le Dr Bourneville [1] sur les conditions défectueuses dans lesquelles étaient souvent placés les indigents présumés aliénés et mis en observation dans les hospices. Une circulaire ministérielle du 1er avril 1887 recommandait aux préfets d'empêcher qu'un malade présumé aliéné fût inutilement transféré d'un hospice à l'autre et surtout de veiller à ce que son séjour dans l'hospice fût limité au temps indispensable pour constater son état. Dès que l'aliénation mentale est reconnue, le malade doit être placé dans un établissement spécial.

Une nouvelle circulaire, en date du 11 février dernier, signalait aux préfets l'installation défectueuse des cellules destinées, dans les hôpitaux, à recevoir des aliénés de passage ou les malades mis en observation; elle rappelait celle du 1er août 1887 ;enfin, en vue de renseigner l'administration à la fois sur la manière dont ses instructions avaient été suivies et sur l'état des cellules destinées au dépôt provisoire des aliénés, elle prescrivait qu'à un jour donné, dont elle fixait la date, le 19 février, les secrétaires généraux et les sous-préfets ou à leur défaut des conseillers de préfecture délégués par le préfet, se rendraient dans les hôpitaux et hospices des chefs-lieux de département et d'arrondissement et constateraient le nombre des aliénés en observation, la date de leur entrée à l'hôpital, et les conditions matérielles d'installation des cellules où sont reçus ces malades.

Une telle enquête faite simultanément dans toute la France ne pouvait manquer de fournir d'utiles renseignements. Les rapports des préfets sont parvenus, sauf un; ils ont été dépouillés avec soin. S'ils ne sont pas tous également instructifs, si aux questions précises qui avaient été posées ils ne répondent pas toujours, il

[1] Voir *Archives de neurologie*, 1887, n° 40, p. 172. — 1888, n° 46, p. 137. — *Progrès médical*, 1889, IX, p. 31.

s'y trouve cependant assez de documents pour montrer d'une part que ce n'est pas sans raison que l'attention avait été attirée sur les installations des cellules dans les hospices, et d'autre part que les instructions données par la circulaire du 1er août 1887 sont encore parfois mal comprises. Il m'a paru que le résultat de cette enquête offrirait quelque intérêt pour le Congrès.

Sur 121 aliénés en observation dans les hospices à la date du 19 février:

40 s'y trouvaient depuis moins de 5 jours;

28 depuis plus de 5 jours et moins de 10;

53 depuis 10 jours ou plus, et sur ces derniers 25, soit près de la moitié, étaient à l'hospice depuis plus d'un mois.

La période d'observation est parfois très longue encore. C'est ce qui arrive à l'hospice de T... Le préfet a décidé d'y faire placer en observation tous les aliénés du département. Dans le rapport fait sur cet hospice, à propos de la récente enquête, par M. R..., conseiller de préfecture, il est dit qu'antérieurement à cette mesure les aliénés étaient conduits directement dans les asiles spéciaux et que « si l'aliéné envoyé à l'asile n'était pas reconnu comme tel, l'administration trop confiante ou abusée par des certificats un peu forcés supportait la responsabilité morale d'une mesure de séquestration temporaire injustifiée ». Ces raisons ont leur valeur et l'intérêt de l'administration est évident dans cette mesure; mais l'on peut se demander si l'intérêt des malades est également sauvegardé. Or, le même rapport nous apprend que les trois cellules destinées aux aliénés sont situées à vingt mètres des bâtiments, entre cour et jardin; que la supérieure de l'établissement, qui occupe un logement dans une aile, domine de ses fenêtres lesdites cellules et que c'est ainsi que la surveillance peut s'exercer pendant la nuit. « Les trois cellules, dit le rapporteur, sont surveillées le jour par les infirmiers et infirmières *et la nuit par la supérieure dont les fenêtres, comme je l'ai dit, ont une vue sur les cellules.* » S'il est admis désormais que l'observation des aliénés de ce département se fera seulement à l'hospice, ce ne peut être qu'à la condition que les cellules soient convenablement installées et surveillées. En outre, sous aucun prétexte, cette mesure ne doit être prise en vue de prolonger la période d'observation contrairement aux instructions de la circulaire du 1er août 1887. Or il a été placé à cet hospice, en 1888, 40 aliénés en observation et un tableau joint au rapport de M. le conseiller

R... montre que dix-neuf fois la période d'observation a dépassé 15 jours et que dix fois elle a été de plus de 30: un aliéné a été gardé en observation 30 jours, un 32, un 34, un 35, un 36, un 39, un 40, un 41, un 68, un 72 jours. Si l'on n'y prend garde, il se formera à cet hospice un véritable quartier d'aliénés non autorisé et dans les conditions fâcheuses où se trouvent la plupart des quartiers d'hospices.

Voici quelques autres exemples de la durée prolongée du séjour des aliénés dans les hospices:

A C..., il existait le 19 février « quatre malades qu'on peut considérer comme aliénés, quoique leur folie soit tranquille et que les médecins n'aient pas cru devoir les envoyer à l'asile, parce qu'ils ne sont pas dangereux ». Ces malades étaient à l'hôpital depuis le 27 janvier 1887, le 21 juillet 1887, le 22 mai 1888 et même l'un d'eux, une femme de quarante-neuf ans, est à l'hôpital depuis le 21 janvier 1866.

A T..., une femme aliénée est à l'hôpital depuis sept mois (28 juin 1888).

A B.., une femme aliénée est à l'hôpital depuis deux mois (18 décembre 1888).

A T..., il y avait au moment de la visite du sous-préfet trois aliénés. L'un d'eux, un enfant, s'y trouvait depuis près d'une année. Le rapport du sous-préfet au préfet s'exprime ainsi relativement à cet enfant: « A..., entré le 21 mai 1888, enfant de huit à neuf ans, idiot et épileptique, qui a fait l'objet d'un arrêté préfectoral du 4 juin 1888 ordonnant sa séquestration à l'asile d'aliénés. Cette décision est restée sans effet malgré la communication d'une lettre du directeur de l'asile des aliénés et d'une lettre des hospices civils que j'ai eu l'honneur de vous transmettre à la date du 9 juillet dernier. »

Enfin à R..., M. le sous-préfet a trouvé une femme qui y était depuis huit années. Je citerai un extrait intéressant du rapport du sous-préfet: « La nommée L..., âgée de trente ans, atteinte d'hystéro-épilepsie, est actuellement à l'hospice de R..., où elle est entrée le 19 novembre 1880. Cette malheureuse fille passe ses journées au milieu des autres malades; mais la nuit, on est obligé de l'isoler, *sans surveillance aucune*, dans un cabanon, afin que ses cris n'empêchent pas les malades de reposer. Je ne puis que regretter que la situation digne d'intérêt de la fille L... n'ait été signalée ni par la supérieure de l'hôpital, ni par les médecins, ni par la municipalité de R.... Je n'ai pas à rechercher à qui incombe la responsabilité d'une semblable négligence; mon devoir consiste à trouver le moyen le plus pratique et le plus prompt de faire cesser cette situation. Cette fille restant parfois huit jours sans prendre de nourriture et étant prise en ce moment de folie presque furieuse, je ne puis que vous proposer, Monsieur le Préfet, de vouloir bien ordonner son internement à l'asile. » Le préfet a été invité par le Ministre de l'intérieur à faire cesser cet état de choses et cet état de choses a cessé.

Quant aux cellules où les aliénés sont placés dans les hospices, nous n'ignorions pas que beaucoup d'entre elles sont installées dans des conditions très défectueuses. La circulaire du 11 février 1889 ordonnant l'enquête pouvait déjà dire que « beaucoup de ces cellules sont privées d'air, de chauffage et du mobilier le plus indispensable. Placés près du dépôt des morts ou relégués dans les dépendances à côté des étables, plusieurs de ces cabanons sont dépourvus, la nuit, de toute surveillance ». Les résultats de l'enquête ont malheureusement confirmé les termes de la circulaire.

Dans le rapport du sous-préfet de R..., que je citais tout à l'heure, il est dit: « La cellule occupée actuellement par la fille L...(c'est celle qui est restée huit années à l'hospice) mesure à peu près quatre mètres carrés ; elle est absolument privée de l'air nécessaire, la porte étant close pendant la nuit. La lumière n'y arrive que par un verre dormant et le chauffage y est impossible ». Cette cellule est d'ailleurs attenante à la salle des morts, et le sous-préfet estime « qu'il ne peut y avoir d'installation plus défavorable et plus préjudiciable à la santé des malades ». Cette supposition est malheureusement inexacte; je vais avoir à signaler des installations plus déplorables encore.

« La cellule affectée aux hommes, dit le sous-préfet de T..., me paraît complètement impropre à sa destination. Des angles saillants qui se rencontrent presque sur toutes les faces de cette pièce présentent un très grand danger pour certains aliénés: en outre la fenêtre grillée laisse le malade exposé au froid pendant les nuits d'hiver. J'ajoute que le lit de fer fixé au sol est garni simplement de paille et d'une couverture au lieu de renfermer la literie qu'on rencontre même dans les prisons..... En dehors de ces inconvénients il convient de remarquer que les cellules, établies au niveau du sol, sans plancher ni boiseries, paraissent trop froides et trop humides pour être habitables. »

A B..., il y a deux cabanons qui ne sont aérés que par des judas pratiqués dans la porte. Les murs sont blanchis à la chaux. Ces cabanons cubent à peine quinze mètres. L'un est meublé d'un lit; dans l'autre on se contente de répandre un peu de paille sur le sol bitumé.

Voici comment s'exprime le sous-préfet de S...: « A l'aspect de ces cellules, — je devrais dire de ces étables — combien mon cœur s'est serré à la pensée que des hommes pouvaient se trouver plus abandonnés et plus maltraités que ne le sont, quand ils sont malades, des animaux domestiques. Ces deux cabanons sont situés derrière le corps principal de l'hospice, dans une grange où l'on emmagasine carottes, pommes de terre et betteraves; à droite et à gauche de la porte d'entrée, trois ou quatre mètres carrés ont été pris et séparés par des planches, le sol a été planchéié tant bien que mal, et une grosse botte de paille a été jetée dans un coin en guise de lit... »

Si le sous-préfet de S... compare les cabanons qu'il a visités à des étables, le sous-préfet de P... s'écrie en visitant les cellules de cette ville: « C'est pire qu'un chenil! »

A A..., la visite des cellules a été faite par le secrétaire général qui dit dans son rapport : « Deux cellules sont réservées à l'hospice d'A... pour les aliénés ; elles sont installées dans une dépendance de cet établissement, d'assez chétive apparence et avoisinant le quartier des incurables indigents. Déjà en 1887, leur état défectueux frappait M. l'inspecteur général Foville qui les signalait comme de *véritables cachots du moyen âge*, *horribles et dangereux*. Il est difficile, avec la meilleure volonté possible, de ne pas partager encore aujourd'hui une telle appréciation, quoique depuis cette époque les cellules aient subi diverses modifications ; les murs notamment ont été récrépis à la chaux vive et un plancher de sapin a remplacé le carrelage primitif... Une certaine quantité de paille constitue le mobilier de ces tristes réduits. »

Cette appréciation est à rapprocher de celle du sous-préfet de B..., qui a trouvé dans cette ville deux cellules en sous-sol où l'on accède par un escalier extrêmement étroit : « ces cellules, dit-il, rappellent les plus mauvais cachots des anciennes prisons. »

A M..., il n'y a à l'hospice qu'un seul cabanon dont le sous-préfet dit : « Très humide, privé d'air et de lumière, dépourvu de tout mobilier et de tout appareil de chauffage, il ressemble, avec ses quatre murs noirs, à un véritable cachot ; on ne peut, sans un saisissement, y pénétrer et on ressent un profond sentiment de tristesse quand on songe que ce réduit, tout au plus bon pour recevoir de vulgaires malfaiteurs, est destiné à de pauvres déshérités, dignes de toute pitié et de tout intérêt. »

Le plus grand nombre de ces cellules est sans aucun moyen de chauffage.

A B..., le sous-préfet remarque que les ouvertures ne peuvent se fermer et qu'il n'y a d'ailleurs aucun moyen de chauffage ; la supérieure de l'hospice le rassure en lui affirmant que *les fous ont toujours trop chaud*.

A C..., les cellules sont également mal closes et non chauffées ; or la ville est à 720 mètres d'altitude et il y fait, en hiver, un froid intense. De la paille jetée sur le plancher constitue tout le mobilier.

A L..., la cellule est située au fond de la cour des communs de l'hospice, dans la partie où se trouvent encore les restes d'un ancien château, à côté des écuries, contre le mur extérieur : elle est dallée en pierre, éclairée par une fenêtre grillée sans vitre et dénuée de tout mobilier. « J'étais accompagné dans cette visite, dit le sous-préfet, par M[me] la supérieure et une sœur de l'hospice. Je ne pus m'empêcher de leur manifester mon étonnement au sujet de l'absence d'un mobilier quelconque ; il me fut répondu que c'était dans l'intérêt même des aliénés qui pouvaient être mis en observation ; qu'il en avait toujours été ainsi, pour éviter qu'à l'aide des objets qui constituent ordinairement un mobilier ils ne puissent attenter à leurs jours. Leur ayant fait observer que je ne comprenais pas que l'unique fenêtre de cette cellule ne fût pas vitrée, il me fut répondu que les aliénés, si un vitrage avait été placé, pourraient se blesser dangereusement avec le verre. La literie est remplacée par quelques brassées de paille. »

Il est difficile de ne pas remarquer que les malades qui sont dans un état tel qu'on ne peut laisser aucun objet mobilier à leur

portée, n'ont que faire d'être mis en observation, et doivent être immédiatement dirigés sur un asile.

Le secrétaire général du département de..., après avoir visité l'hospice de M..., rapporte que: « Les cellules affectées aux aliénés en observation sont dans une arrière-cour; elles forment le premier étage d'une petite construction dont le rez-de-chaussée sert de salle des morts et au-dessus duquel il y a un séchoir et un charnier pour les viandes de conserve. Il n'y a d'autre mode d'aération et d'éclairage qu'un vasistas au-dessus de la porte. Rien n'est prévu pour le chauffage. Les aliénés en observation ont comme couchage de la paille et des couvertures... Ils reçoivent leurs aliments par un guichet pratiqué dans la porte.. »

A M..., la cellule pour les aliénés est placée dans les dépendances de l'hospice, entre la vacherie et une écurie à porcs. Cette cellule a 3 mètres et demi de long, 2 mètres et demi de large et 3 mètres de hauteur (soit un cube de 26^{m}, 25). Elle n'est pas chauffée et ne reçoit le jour et l'air que par une petite imposte garnie de barreaux de fer et non munie d'un châssis fermant. Or, dans ce département, la température est rude en hiver, et il est bien probable qu'au mois de janvier il serait plus confortable d'habiter la vacherie que la cellule.

Dans le département de..., il n'y a de cellules pour les aliénés en observation qu'à l'hospice du chef-lieu. « Ces cellules, dit le rapport, sont au nombre de deux. Elles sont constituées par deux chambres carrées de 3^{m},50 environ, aux murs blanchis à la chaux, à l'aire bituminée. Ces deux pièces contiguës sont établies sur un canal aux eaux stagnantes. Aucun appareil de chauffage n'y est installé et pour aérer ces pièces il faut tenir les fenêtres continuellement ouvertes. En outre, dans un coin de chacune de ces cellules, on a installé une garde-robe constituée simplement par un orifice qui communique avec le canal, d'où s'exhalent des émanations pestilentielles continuelles. La couchette du malade se compose d'une paillasse renfermée entre quatre planches. Pour éviter que les autres malades n'entendent les cris poussés par les aliénés, ces cellules ont été placées à 200 mètres environ des bâtiments, mais il n'y a aucun poste de surveillance. Aussi la supérieure attachée à l'établissement m'a-t-elle avoué que souvent ces malheureux, pris pendant la nuit d'accès de folie furieuse, étaient retrouvés le lendemain absolument mutilés. »

A diverses reprises il a été signalé que les cabanons des hospices sont contigus aux dépôts des morts. C'est un point sur lequel a été souvent attirée l'attention de l'administration, qui n'est pas suffisamment armée par la loi pour faire cesser de tels abus. L'enquête du 19 février a fourni de ce voisinage des cabanons et des dépôts mortuaires des exemples singuliers.

A S..., d'après le rapport du sous-préfet, les trois cabanons sont privés d'air, de lumière et de chauffage; ils sont de plus contigus au dépôt des morts où se font les autopsies; enfin la surveillance n'est pas possible pendant la nuit.

A A..., les cellules ont $1^m,75$ de largeur, $2^m,20$ de longueur et de hauteur, soit environ 8 mètres cubes et demi. *Elles sont éclairées et aérées par une ouverture en losange pratiquée dans la porte qui donne dans la salle des morts.* Il n'y a aucun moyen de chauffage ni aucune surveillance.

On retrouve encore çà et là, dans les cellules des hospices, les moyens de contrainte barbares qui ont depuis longtemps disparu des asiles.

Le sous-préfet de S..., parlant des cellules des hospices de cette ville, dit: « Elles sont installées dans un petit bâtiment suffisamment isolé du corps principal de l'établissement, c'est-à-dire des quartiers des malades, pour que ceux-ci ne soient pas incommodés par le voisinage des aliénés agités... Les cellules sont dallées, et quatre anneaux de fer, scellés dans la pierre, permettent au besoin de maintenir l'aliéné s'il est en état de démence furieuse. »

A D..., le secrétaire général a trouvé dans une cellule un carcan de fer fixé à une chaîne dont l'extrémité était scellée dans le mur. Le préfet a immédiatement fait supprimer cet engin de torture.

Un carcan du même genre se trouvait aussi à l'hôpital-hospice de C...

Les commissions administratives des hospices ont été souvent informées, à la suite des inspections générales, du mauvais état des cabanons d'aliénés. Il faut bien reconnaître que quelques-unes d'entre elles ne tiennent pas volontiers compte des observations qui leur sont faites soit par l'administration supérieure, soit par le corps médical.

Le sous-préfet de R... dit dans son rapport: « Le quartier affecté aux aliénés en observation ne comprend que quatre cabanons humides, malsains, dépourvus de tout appareil de chauffage, et dans lesquels les malades sont abandonnés la nuit sans aucune surveillance. M. le Dr X... et Mme la supérieure m'ont dit avoir appelé à diverses reprises l'attention des membres de la commission administrative des hospices sur cette organisation absolument défectueuse. Aucune amélioration n'a pu être obtenue malgré leurs instances réitérées. »

Parmi les rapports présentés au conseil général du département de..., en 1888, par le préfet, il s'en trouva un du secrétaire général qui, parlant des cellules d'observation de l'hospice de P..., les qualifiait de *tristes prisons*. Le conseil général s'émut de cette qualification; il fit visiter les lieux par une commission spéciale; les membres du conseil général qui faisaient partie de la commission rendirent compte de leur mission dans la séance du 22 août 1888. Ils disaient: « Nous nous sommes rendus hier à l'hospice et, nous devons le déclarer, c'est avec un profond sentiment de tristesse que nous avons constaté l'état pitoyable dans lequel se trouvent les malheureux aliénés. Sur cinq cabanons, quatre sont occupés, l'un depuis le 11 août, les autres depuis le 14. Ces malheureux sont couchés sur la paille

quelques-uns tout nus. Ils ne reçoivent l'air et la lumière que par une étroite ouverture absolument insuffisante. Des odeurs infectes dues aux excrétions, à l'insuffisance des lavages, vicient l'air qu'il est impossible de renouveler et l'un de nos malheureux aliénés est renfermé là depuis douze jours. » Mais la commission administrative se montra très peu disposée à remédier à cet état de choses et à se rendre aux vœux légitimes du conseil général. Je ne sais pas si, depuis, elle a pris les mesures que lui commandait l'humanité.

Il résulte de ce qui précède que la situation est triste; indigne d'une démocratie où les questions d'assistance préoccupent si justement le Parlement et l'administration; indigne du pays qui a vu naître Pinel et qui a donné l'exemple de la réforme que ce siècle a réalisée dans les établissements d'aliénés. Il semble que les vieux abus, les errements anciens les plus regrettables, proscrits des asiles, aient continué de fleurir dans certains hospices, et c'est un exemple qui s'ajoute à beaucoup d'autres pour montrer la nécessité d'étendre les droits de surveillance de l'État sur les établissements hospitaliers et de lui donner le pouvoir d'intervenir efficacement en faveur des pauvres et des malades. Certes, les commissions administratives sont en général pleines de bon vouloir. Mais comment ne pas reconnaître que quelquefois elles sont ignorantes, attachées à des pratiques routinières dont elles ne comprennent pas les dangers? Elles manquent d'ailleurs souvent de termes de comparaison. La plupart des administrateurs de nos hospices n'ont sans doute pas le loisir de visiter d'autres établissements que le leur; ils sont venus en très petit nombre assister aux séances du Congrès international d'assistance publique. C'est que leur intérêt n'a pas été jusqu'ici suffisamment appelé sur les progrès de l'hygiène générale. Aussi ont-ils une certaine tendance à tenir en suspicion les avis des médecins, et lorsque ceux-ci réclament tantôt une étuve à désinfection, tantôt une salle d'opérations où puisse être pratiquée l'antisepsie, tantôt telle autre amélioration nécessitant une dépense, l'utilité de la dépense paraît facilement douteuse à la commission administrative.

Si, pour des questions qui se rattachent directement à leurs fonctions, les commissions opposent ces résistances, comment serait-on surpris de les rencontrer en une affaire qui sort du cercle habituel, régulier de leurs préoccupations, dont le souci est pour elles une anomalie et le fonctionnement un embarras? Comment être surpris que les commissions fassent passer en première ligne leurs malades, que, par exemple, l'espace dont elles disposent

étant limité, les dépôts mortuaires devant être placés hors de la vue, et les cellules d'aliénés hors de l'ouïe des malades, elles soient conduites à placer ces cellules près de ces dépôts? Comment espérer que l'on pourrait utilement leur demander de construire et d'installer des cellules convenables? Elles allégueraient, parfois non sans raison, le manque de ressources. D'ailleurs, fussent-elles disposées à satisfaire à une aussi juste exigence, elles n'ont à leur disposition aucun personnel expérimenté pour le traitement des aliénés. Les infirmiers de la plupart des hospices sont recrutés au hasard; ils ne savent même pas mettre une camisole de force à l'aliéné, qu'ils songent quelquefois moins à soigner qu'à mettre hors d'état de leur nuire. Il serait difficile, d'autre part, d'imposer à un hôpital une grosse dépense pour la construction, le chauffage, la garde de cellules qui ne serviront peut-être pas deux fois par an.

Aussi, Messieurs, ne semble-t-il pas que ce soit de ce côté qu'il faille chercher la solution du problème.

La loi du 30 juin 1838, art. 24, dit: « Les hospices ou hôpitaux civils sont tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19 jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre. Dans toutes les communes où il existe des hôpitaux ou hospices, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. »

Cela ne veut pas dire qu'une longue observation de ces malades sera faite avant de les transporter *dans l'établissement spécial destiné à les recevoir*. Une telle observation n'est pas possible dans une « hôtellerie » et il est évident que le législateur songeait surtout à assurer un gîte sur une route qu'en l'absence de chemins de fer on devait faire par étape.

Aujourd'hui, les moyens de communication sont aisés et rapides; le transport *dans l'établissement spécial* peut s'effectuer sans retard et c'est là seulement qu'une observation peut être poursuivie dans de bonnes conditions et par des hommes expérimentés.

N'y a-t-il pas d'ailleurs utilité, au point de vue des chances de guérison, à ce que la folie puisse être traitée immédiatement?

Le transport immédiat dans l'établissement spécial le plus voisin où un quartier d'observation serait installé à cet effet consti-

tuerait donc la solution vraie; elle ferait disparaître les réduits dont les rapports administratifs font un si triste tableau; elle mettrait les malades en situation d'être traités au début même de leur affection avant qu'un état chronique incurable se soit établi.

Ce n'est pas là une solution théorique; dans divers départements elle a été mise en pratique.

Je prévois et je signale une objection de sentiment qui pourra être faite. On dira que la personne qui a passé par l'asile, si elle n'a qu'une folie momentanée, ou si même elle n'est pas aliénée, gardera toujours de ce passage une sorte de tare. Je ne vois pas que le fait d'avoir passé par le cabanon de l'hospice soit beaucoup moins fâcheux à ce point de vue. Et s'il faut absolument choisir entre cet inconvénient et tous ceux que j'ai indiqués au cours de cette communication, je préfère le mal futur et hypothétique au mal actuel et certain.

Si d'ailleurs l'objection s'impose avec une force telle que l'on doive en tenir compte, qu'alors des hôpitaux spéciaux soient désignés pour recevoir les présumés aliénés, que ces hôpitaux soient pourvus de locaux appropriés et d'un personnel expérimenté, que des mesures soient prises pour que le temps d'observation ne dépasse pas les limites indispensables. Les directeurs d'asiles pourront beaucoup pour assurer ce dernier résultat, s'ils ont soin de tenir les préfets au courant des circonstances dans lesquelles les aliénés sont confiés à leurs soins. C'est un des motifs qui m'ont décidé à faire au Congrès la présente communication.

En tout cas, il est une chose nécessaire, urgente, c'est d'empêcher que, sous prétexte d'observation, les aliénés soient détenus dix, quinze, vingt jours et plus dans les cabanons dont j'ai dû placer sous vos yeux le navrant tableau.

Je l'ai fait sans beaucoup de ménagements, ce qui étonnera peut-être. Mais je suis de ceux qui pensent que pour préparer utilement le remède, il faut bien connaître le mal; que, lorsque la guérison de ce mal dépend de plusieurs autorités, il ne faut pas craindre de crier un peu fort; que, surtout dans les questions d'assistance et d'hygiène, la franchise administrative est le commencement de la sagesse, parce qu'elle est la condition des réformes. (*Applaudissements.*)

M. Marcel Briand. — Je crois être l'interprète des sentiments de tous les membres du Congrès, en adressant nos vifs remer-

ciements à M. Monod pour son importante communication et sa constante préoccupation de l'amélioration du sort des aliénés.

M. Paul Garnier. — L'assentiment unanime des membres du Congrès aux conclusions du remarquable travail de M. Monod, ne manquerait pas de donner un puissant appui à l'administration pour combattre le mal qui vient de nous être décrit si éloquemment.

M. le Président. — Messieurs, je vous proposerai d'abord de voter des remerciements à M. Monod pour sa communication. Je mettrai ensuite aux voix la proposition suivante :

Le Congrès émet le vœu que les pouvoirs publics, soit par voie législative, soit par des moyens administratifs, obligent les municipalités et les commissions des hospices à faire cesser les abus signalés dans la communication de M. Monod.

(Adopté à l'unanimité.)

M. le Président. — L'ordre du jour porte sur la troisième question du programme, celle de médecine légale. La parole est à M. Motet, pour la lecture du rapport qu'il a fait en collaboration avec M. Vétault.

DE LA RESPONSABILITÉ DES ALCOOLISÉS

(question du programme)

M. Motet, *secrétaire général de la Société de médecine légale.* — L'abus des boissons fermentées remonte très loin dans l'histoire de l'homme; ses funestes conséquences, signalées de toute antiquité, sont devenues beaucoup plus fréquentes aujourd'hui et ont acquis, depuis quelques années surtout, par le fait des progrès de la distillation et de l'usage des alcools d'industrie, des caractères agressifs de la plus redoutable violence.

Il y a là un véritable péril social contre lequel il est urgent de lutter sans trêve. Sans craindre d'être accusés d'exagération, il

nous est permis de dire que, parmi toutes les questions sociales, il n'en est pas dont l'intérêt soit plus général ni plus grave.

Les limites restreintes de ce rapport ne nous permettent pas de nous arrêter, même brièvement, sur les considérations auxquelles pourrait conduire une étude plus complète de la question sociale. Nous sommes obligés de passer sous silence l'action de l'alcoolisme sur la dépopulation et la diminution de la natalité, la diminution du développement de la force physique, sur la morbidité par résistance moindre aux épidémies et aux affections médicales ou chirurgicales, sur la durée de la vie, sur le suicide et sur la mortalité en général. Nous ne parlerons pas de ses effets sur la destruction de l'esprit de famille, sur le travail et le salaire, sur le paupérisme, la misère et la prostitution.

Du côté intellectuel et moral, l'alcoolisme doit être considéré comme un des facteurs les plus puissants, après l'hérédité, de la production de l'aliénation mentale. Son influence sur la genèse de la folie est évidente, et beaucoup d'auteurs, de Baër entre autres, ont cru pouvoir affirmer que 20 p. 100 au moins des aliénés le sont devenus sous l'influence directe ou indirecte de l'intoxication alcoolique.

Quant à son action sur la criminalité, l'augmentation du nombre des crimes par le fait de l'intempérance n'est plus à démontrer. L'alcoolisme, en effet, plus encore que la paresse, la prostitution, la pauvreté et l'ignorance, favorise le développement des penchants criminels. Non seulement il provoque des crimes passionnels ou accidentels contre les personnes, mais, par son influence sur la misère individuelle et sur celle des masses, il est aussi une source féconde de l'augmentation des crimes contre la propriété et contre les institutions. Indirectement encore, il doit être rendu responsable des actes criminels commis par des enfants, nés de parents ivrognes, qui, par hérédité, tombent dans le même vice.

Il paraît établi que, dans presque toutes les nations qui font usage des boissons spiritueuses, les crimes commis sous l'influence de l'alcool sont dans la proportion de 50 à 60 p. 100.

Si en France la proportion est très élevée, cependant les crimes contre les personnes sont moins fréquents que dans d'autres pays, mais les alcoolisés sont encore en grand nombre parmi les condamnés.

M. Marambat, greffier en chef de la prison de Sainte-Pélagie, s'est livré sur ce sujet à de curieuses recherches; nous croyons devoir en reproduire les résultats dans le tableau suivant :

	NOMBRE D'INDIVIDUS	NOMBRE D'INTEMPÉRANTS	PROPORTION POUR CENT
Vol, recel, abus de confiance, escroquerie, filouterie, soustraction frauduleuse, détournement, faux, chantage, extorsion de signature..........................	1.898	1.346	70 »
Coups et blessures volontaires, homicide par imprudence, outrages, rébellions, violences, voies de fait, attaques avec armes, séquestration.	415	366	88,2
Viol, tentative de viol, attentat à la pudeur, attentats aux mœurs, enlèvements de mineurs, excitation de mineurs à la débauche, adultère, avortement, bigamie..	308	165	53,6
Rupture de ban, mendicité, vagabondage.......................	272	216	79,4
Assassinat, meurtre, tentative de meurtre, tentative de parricide, homicide volontaire............	15	8	53,3
Incendie volontaire...............	14	8	57,1

Ces chiffres peuvent être considérés comme un témoignage éloquent de la triste influence de l'alcoolisme sur la criminalité; ils méritent toute l'attention des législateurs et des philanthropes.

Après ces considérations générales sur les redoutables conséquences de l'alcoolisme, il nous reste à aborder la partie la plus délicate de notre tâche, l'étude médico-légale de la responsabilité chez les alcoolisés. Toutes les expertises médico-légales sont difficiles; elles seraient impossibles si on avait la prétention de faire rentrer tous les cas soumis à l'examen dans des cadres distincts, et si, à chacun d'eux, on voulait adapter une formule déterminée. Lorsqu'il ne s'agit que de folie confirmée, l'embarras est moindre; mais quand on a à envisager des états psychiques se rapprochant de près ou de loin de l'aliénation mentale, comme

ceux que l'on rencontre entre l'ivresse simple et l'alcoolisme chronique, on arriverait à l'arbitraire si l'on s'écartait de l'analyse rigoureusement scientifique, de l'examen individuel le plus attentif, de l'étude biologique et pathologique la plus minutieuse.

L'intoxication alcoolique revêt plusieurs formes; suivant qu'elle est aiguë ou chronique, elle donne lieu à des manifestations différentes, liées à un état mental variable.

Nous aurons donc à étudier ces états multiples et complexes, dus à l'empoisonnement aigu, d'une part, et comprenant les différentes sortes d'ivresse, ainsi que le délire alcoolique aigu avec ses variétés. D'autre part, nous aborderons l'étude de l'ivrognerie, de l'alcoolisme chronique, et enfin celle de la dipsomanie, tous états dont l'importance médico-légale n'est pas la même.

Ivresse. — Les phénomènes de l'ivresse sont, en général, de courte durée; mais, selon le terrain sur lequel ils se sont développés, ils se présentent sous des aspects qui sont loin d'être toujours identiques. De là cette division en deux catégories adoptée par les auteurs : l'*ivresse normale* et l'*ivresse anormale.*

La première donne lieu à ces symptômes vulgaires, à peu près toujours les mêmes, variant seulement avec la nature et la quantité des boissons ingérées. Dans la seconde, au contraire, les manifestations toxiques sont plus variées; aux signes généraux de l'ivresse s'ajoutent quelques phénomènes insolites qui, le plus souvent, se rattachent à un état morbide préexistant.

Ces dénominations (ivresse normale et ivresse anormale) sont défectueuses. L'ivresse, en effet, n'est jamais normale; il vaudrait mieux, croyons-nous, employer les termes d'*ivresse simple* et d'*ivresse compliquée ou pathologique.*

Au point de vue médico-légal, cette division est absolument nécessaire, la responsabilité du sujet ne pouvant être la même dans les deux cas [1].

Notre intention n'est pas de refaire la description de l'ivresse; il nous paraît inutile d'insister sur des phénomènes que tout le monde connaît, d'autant plus que leurs manifestations sont loin d'être uniformes, toujours identiques, et qu'une description de ce genre ne peut s'appliquer qu'à un type unique, purement artificiel. Nous rappellerons seulement que tous les auteurs distinguent trois périodes dans le processus ébrieux et qu'à ces trois périodes

(1) Vétault. *Thèse de Paris,* 1887.

correspondent des états psychiques spéciaux. D'après l'observation presque journalière, on peut dire également que la deuxième phase est la véritable période médico-légale de l'ivresse. Mais, encore une fois, la symptomatologie de l'ivresse est loin d'être invariable, sa modalité peut être singulièrement modifiée par de nombreuses circonstances. Nous voulons parler de certaines conditions au milieu desquelles il y a lieu de signaler l'individualité du sujet, son sexe, son tempérament, son âge, son aptitude plus ou moins grande à tolérer des boissons enivrantes, et surtout la nature et la dose des liquides spiritueux dont il fait usage. Tout le monde admet que l'ivresse produite par le vin diffère des états ébrieux occasionnés par l'abus des alcools, des liqueurs en général, de l'absinthe en particulier, des bières, etc. Ces notions sont bien établies, surtout depuis les remarquables travaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, Rabuteau, Lancereaux, Magnan, Laborde, Motet et d'autres.

Tandis que le vin naturel engendre une ivresse relativement légère, fugace et inoffensive, remarquable surtout par ses caractères de gaieté bruyante, d'optimisme bienveillant, les alcools, et particulièrement les alcools dits supérieurs, produisent une ivresse plus profonde, plus durable, caractérisée par des dispositions à l'irritabilité, à la violence et même à la fureur. Les mêmes caractères s'appliquent à l'ivresse occasionnée par l'abus des liqueurs. L'absinthe surtout est redoutable; son action est le résultat de deux éléments toxiques, l'alcool d'un côté et l'essence d'absinthe de l'autre. L'ivresse qui succède à l'ingestion d'une certaine quantité de bière est généralement lourde, accablante, et souvent plus dangereuse que celle du vin. Ici encore il y a lieu de tenir compte de l'action plus ou moins toxique des nombreuses substances qui entrent aujourd'hui dans la fabrication de la bière.

Médecine légale de l'ivresse. — Nous savons qu'aux phénomènes de simple exaltation des fonctions intellectuelles, morales et physiques, qui sont les premiers effets de l'ivresse, succèdent d'abord la perversion et plus tard l'anéantissement plus ou moins grand des mêmes fonctions. Dans ces différents états, est-il étonnant que l'ébrieux avec son moi ainsi transformé, sa résistance très amoindrie, sinon abolie, ses tendances et ses passions surexcitées à un si haut degré, se laisse entraîner par des sollicitations de toute nature et soit susceptible de commettre des actions répréhensibles?

Les *Annales judiciaires* le prouvent d'une façon incontestable.

Lorsque cette déchéance intellectuelle et morale occasionnée par l'ivresse a fait perdre au buveur ce double sentiment de sa liberté d'action et de sa conscience, sa responsabilité est-elle entière, ou, au contraire, est-elle diminuée ou anéantie? Tel est le problème médico-légal dont nous cherchons la solution.

Quand nous nous représentons le nombre et la diversité des opinions émises sur ce sujet et à propos desquelles tant de savants éminents, jurisconsultes, publicistes et médecins, ont publié tant et de si importants travaux, nous ne nous dissimulons pas les difficultés de toute nature que comporte une telle question.

Les uns ne veulent tenir aucun compte de l'ivresse et systématiquement ne considèrent que le délit; les autres, au contraire, ne voient qu'un agent irresponsable, une machine inconsciente, dans l'individu qui, en état d'ivresse, s'est rendu coupable d'un acte répréhensible; d'autres enfin, établissant des variétés dans l'étiologie, dans les formes et dans les degrés de l'ivresse, atténuent plus ou moins le caractère délictueux de l'acte et exonèrent le sujet d'une partie plus ou moins considérable de la peine.

Dans l'esprit des indulgents, l'état d'ivresse est considéré comme un état d'aliénation mentale, et pour beaucoup d'entre eux une certaine analogie existerait entre les phénomènes psychiques de l'ivresse et ceux que l'on rencontre habituellement dans les différents états de la manie et de la paralysie générale. Mais d'accord avec eux et tout en tenant compte des perturbations et des perversions mentales de l'ébrieux, peut-on assimiler ce dernier à l'aliéné? Non, « n'est pas fou qui veut », a-t-on dit, et pour être ivre, il ne faut bien souvent que le vouloir. C'est un ensemble de conditions multiples telles que la dégénérescence, les prédispositions héréditaires, etc., toutes absolument indépendantes de sa volonté, qui font l'homme aliéné. S'il a été pour quelque chose dans l'étiologie de son affection mentale, les liens entre la cause et l'effet n'ont qu'un rapport éloigné, souvent peu saisissable.

L'homme ivre, au contraire, a généralement voulu le devenir, il a tout fait pour cela; si ses facultés sont aliénées, elles le sont transitoirement et volontairement. S'il y a folie, c'est une folie artificielle dont la genèse est entièrement dépendante de la volonté.

Beaucoup d'auteurs, tenant compte des états psychiques correspondant aux diverses périodes de l'ivresse, ont pensé que

l'expert devait se baser sur ces distinctions pour établir le degré de responsabilité du sujet. Cette méthode est mauvaise, les phases du processus ébrieux n'ont pas de limites précises, elles dépendent d'une foule de circonstances qui les font varier dans bien des cas, et celui qui veut s'appuyer exclusivement sur elles risque de s'égarer en chemin.

« La distinction surtout entre le premier et le deuxième degré, dit Marc, peut dans beaucoup de cas devenir fort difficile à établir ; car la transition de l'un à l'autre est quelquefois déterminée si brusquement, si imperceptiblement par des causes extérieures, comme, par exemple, l'action de l'air libre succédant à celle d'un air renfermé, qu'il devient presque impossible de la saisir. »

Friedrich faisait commencer l'ivresse proprement dite à la deuxième période, c'est-à-dire au moment où les facultés se pervertissent, où les idées deviennent tumultueuses, incohérentes et où la raison présente un certain degré d'obnubilation. Pour lui, jusqu'à cette période, l'ébrieux était responsable. Hoffbauer soutenait la même opinion.

Le Dr Lentz s'exprime ainsi :

« Si, théoriquement, dit-il, il est possible d'établir entre les deux ou même les trois périodes de l'ivresse, une ligne de démarcation exacte, mais qui ne laisse pas que d'être arbitraire, en pratique et surtout en pratique médico-légale, où la description des cas maladifs doit souvent être faite par des témoins tout à fait inexpérimentés dans la médecine et qui n'apprécient que difficilement les questions de nuances, ces caractères distinctifs ne pourraient avoir aucune valeur et ne sauraient servir à fixer à l'imputabilité des limites que nous cherchons. »

La même remarque peut s'appliquer à la distinction peu précise qu'on a essayé d'établir entre l'ivresse complète et l'ivresse incomplète.

Cette distinction entre l'ivresse complète et l'ivresse incomplète avait été adoptée par les anciens criminalistes. Ils accordaient une irresponsabilité entière à la première qui, pour eux, justifiait le prévenu; la seconde pouvait donner lieu à une atténuation plus ou moins minorée. Mais cette division tout arbitraire ne supporte pas plus l'objection que la division en trois périodes.

Devant la difficulté d'attribuer à chacun des degrés de l'ivresse une symptomatologie psychique spéciale, précise, toujours la

même, amenant avec elle une détermination rigoureusement exacte de la culpabilité, on s'est trouvé naturellement porté à diriger toute l'attention de l'examen sur l'état de liberté morale de l'homme ivre et sur les dispositions psychologiques qui s'y rattachent. C'est ce qui a fait dire à Marc : « Le seul moyen qui se présente, tout insuffisant qu'il est souvent, c'est d'établir par la preuve testimoniale la situation intellectuelle de l'individu dont la raison a été troublée ou égarée par les liqueurs fortes, immédiatement avant ou après l'acte qui lui est reproché. »

Pour nous, il est dangereux d'accorder une trop grande valeur à l'examen et à l'état de la conscience intime comme critérium dans la détermination de la culpabilité de l'ébrieux, d'autant plus que la plupart des données qui servent à mettre cette faculté en relief sont fournies par des témoignages provenant de gens qui peuvent ne pas avoir l'aptitude nécessaire pour apprécier l'état mental d'un individu et qui généralement sont disposés à considérer comme saines des manifestations intellectuelles ayant un semblant de cohérence.

Cette dernière remarque peut se vérifier tous les jours en médecine mentale. Que de fois nous avons vu des aliénés dans un état de trouble intellectuel considérable, être jugés sains d'esprit par des parents, par des amis, sur une phrase qui leur avait paru logiquement coordonnée et qui le plus souvent n'était que l'expression d'une conception délirante.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer chez des épileptiques, par exemple, ou chez d'autres malades atteints de folies transitoires, des actes tout à fait automatiques, qui paraissent être le résultat de combinaisons intellectuelles déterminées. Quelquefois, l'ébranlement nerveux occasionné par l'impulsion, ou le choc moral violent qui peut résulter de l'horreur même de l'acte, sont suffisants pour amener une lueur fugitive susceptible de se traduire par des manifestations à peu près raisonnables.

Il existe dans la science médico-légale de nombreux faits dans lesquels des ébrieux sont devenus criminels en conservant un semblant de conscience, en montrant une réapparition fugace de cette dernière au moment où s'exécutait l'acte incriminé, ils étaient cependant incapables de juger de la véritable valeur de cet acte.

Un enseignement ressort des considérations précédentes : c'est que, dans l'appréciation de la responsabilité de l'ébrieux, l'état

de la conscience intime au moment de l'action délictueuse, pas plus que les caractères spéciaux liés aux phases et au degré de l'ivresse, ne permettent de trouver un critérium scientifique suffisant et d'établir des règles fixes, absolues, applicables à tous les cas qui se peuvent rencontrer. Chaque fait doit être regardé comme concret et ce principe toujours vrai en pratique médico-légale acquiert, peut-être, une importance plus grande encore dans la médecine légale de l'ivresse. On est donc amené nécessairement à l'individualisation de chaque cas.

L'examen doit s'étendre davantage sur l'histoire biologique tout entière du délinquant par ivresse. Aucun fait ne doit échapper aux investigations de l'expert qui analyse scrupuleusement les circonstances mises en lumière par les recherches sur les antécédents, le caractère, l'état des facultés intellectuelles, la conscience ou l'inconscience, ainsi que les conditions intérieures et extérieures au milieu desquelles le crime ou le délit a été commis. La valeur de toutes ces données acquiert selon l'état de la mémoire une importance plus grande encore. Il est admis en psychologie que les actes *voulus* déterminent un certain nombre d'opérations intellectuelles qui se fixent en laissant une empreinte plus ou moins durable dans l'esprit. Quand on constate l'amnésie de certains faits, de certains actes, c'est qu'ils ont été exécutés sans délibération, sans résolution, sans conscience. Dans l'ivresse, il est d'observation journalière de noter, selon le degré de l'intoxication, tantôt l'amnésie partielle, tantôt l'amnésie complète.

« Ce phénomène de l'amnésie [1] a la plus grande importance. Nié par les uns, affirmé par les autres, il est beaucoup plus commun qu'on ne le pense et nous avons recueilli un assez grand nombre de faits pour qu'il nous soit permis de dire qu'il est la règle de toutes les grandes perturbations intellectuelles sous l'influence d'une intoxication alcoolique profonde. Lorsqu'un délire violent, un accès de fureur alcoolique éclatent, lorsque des impulsions homicides d'une irrésistible brutalité surgissent, il n'y a pas au réveil de souvenir des actes. L'oubli est aussi complet que celui qui suit l'accès de fureur épileptique, avec lequel d'ailleurs l'accès de fureur alcoolique a de nombreux points de ressemblance. »

Généralement, l'amnésie présente la même évolution que l'ivresse; la mémoire des premiers faits est intacte, elle diminue,

(1) Vétault. — Loc. cit.

devient confuse pour ceux qui sont contemporains d'une ivresse plus profonde, elle s'obnubile de plus en plus et s'anéantit complètement pour tout le reste.

On voit combien, dans la question qui nous occupe, l'état de la mémoire prend une valeur symptomatique considérable. Elle est étroitement liée à l'état de la conscience intime et, mieux que ne pourrait le faire l'examen d'une autre nature, elle peut nous donner sur celle-ci de précieux renseignements. De plus, l'étude du degré d'amnésie est relativement facile et ne présente pas le même caractère d'abstraction que la notion vague de conscience intime. C'est un état qu'on peut apprécier, mesurer pour ainsi dire, dont on peut, en un mot, se rendre un compte exact.

La constatation de l'amnésie est donc d'un grand secours à l'expert chargé de donner son appréciation sur la responsabilité d'un inculpé qui, en état d'ivresse, s'est rendu coupable d'une action délictueuse ou criminelle. En rapprochant de ce syndrôme les caractères même de l'intoxication, les diverses conditions au milieu desquelles elle s'est développée, il en résultera un ensemble de faits d'une valeur incontestable dont les divers éléments pourront servir de base à l'établissement de conclusions rigoureusement scientifiques.

Il nous reste maintenant à déterminer les rapports qui existent entre les données médico-psychologiques que nous venons d'étudier, et les dispositions de la loi pénale.

« Il n'y a ni crime ni délit, dit l'art. 64 du Code pénal, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une cause à laquelle il n'a pu résister. »

Nous savons quelle interprétation il faut donner ici au terme *démence* ; elle n'est pas la même pour les médecins et pour les juristes. Pour ces derniers, le mot démence est synonyme d'un état plus ou moins grand d'aberration, de perversion des facultés intellectuelles et morales. Il est bien certain que cette aberration de l'intelligence et des sentiments est souvent la conséquence de l'ivresse ; celle-ci peut-elle bénéficier de la restriction admise par le Code ?

Si notre législation ne comprend pas expressément les actes qui peuvent être la conséquence de l'intoxication alcoolique, si même la loi ne fait aucune allusion à l'ivresse comme circonstance capable d'atténuer la culpabilité, doit-on conclure qu'il n'y a pas à en tenir compte et qu'on ne peut lui appliquer, dans une cer-

taine mesure, les dispositions de l'art. 64 du Code pénal, malgré son silence à ce sujet?

Les avis sont partagés et, comme l'a dit M. Fournier, « cette réticence a été interprétée différemment. Les uns y ont vu l'exclusion implicite de l'ivresse, soit comme élément abolitif, soit comme simple élément d'atténuation de la culpabilité. Pour les autres, le mutisme de l'art. 64 n'a pas le sens restrictif qu'on lui attribue ; il n'implique pas une prohibition explicite qui retire au juge le droit de tenir compte de l'ivresse, quand elle supprime et atténue la responsabilité morale. » Chauveau et Faustin-Hélie placent l'ivresse sur la même ligne que l'enfance et la folie, et réclament pour elle, comme pour ces dernières, l'irresponsabilité. Rossi professe la même opinion ; pour lui, c'est une sorte de démence passagère et l'homme qui s'est enivré n'est coupable que d'une grande imprudence.

Marc considère dans l'ivresse plusieurs variétés : l'ivresse volontaire, complète ou incomplète, l'ivresse accidentelle, provoquée ou préméditée, états qu'il est bien difficile de déterminer, comme nous l'avons déjà dit.

« Le législateur, dit-il, n'a pas mentionné l'ivresse au nombre des causes atténuantes ou excusantes parce qu'il a voulu faire peser la responsabilité des actes exécutés pendant l'influence des boissons fortes, sur la volonté de s'enivrer, plutôt que sur les effets de l'intempérance. »

Pour Tardieu, la loi pénale ne peut accorder aucune immunité à l'ivresse et il approuve la jurisprudence de la Cour de cassation qui la considère comme une circonstance aggravante du crime et de la pénalité.

Cette interprétation de l'art. 64 a été maintenue par la Haute Cour dans tous ses jugements ; elle a ajouté encore : « L'ivresse est un fait volontaire et répréhensible, et elle ne peut jamais constituer une excuse que la morale et la loi permettent d'accueillir. »

Chauveau et Faustin-Hélie s'élèvent contre cette dernière appréciation qui, disent-ils, « semble dicter à l'avance au législateur une prohibition absolue. »

Pour ces auteurs et pour Le Sellyer, l'homme qui s'enivre ne doit répondre que de la négligence, de l'imprudence qu'il fait en s'enivrant ; il peut y avoir responsabilité civile, mais non imputabilité criminelle. On ne pourrait que lui appliquer la peine pro-

noncée par les art. 319 et 320 contre l'auteur d'homicide, de coups et blessures par imprudence.

Legrand du Saulle, tout en acceptant l'impossibilité de considérer l'ivresse comme une excuse légitime, s'attache à faire ressortir la contradiction qu'il y aurait d'après lui à proclamer à la fois la criminalité et la perte de la raison.

Dans ses leçons sur le Code pénal, Boitard dit que l'ivresse complète n'est pas une excuse, c'est un fait qui exclut la volonté et partant la culpabilité.

Avant d'aller plus loin, remarquons que les différentes théories passées en revue par nous ne sont que des formules dont l'adaptation à tous les cas serait dangereuse, inexacte et souvent incompatible avec la clinique et la criminologie positive.

Comme nous l'avons déjà dit, et en cela nous partageons l'opinion de Garofalo, l'expert ne peut baser sur aucune règle fixe, applicable à tous les cas, les éléments de son appréciation de la culpabilité, il ne peut pas plus se laisser guider par des interprétations plus ou moins spéculatrices des dispositions pénales. Les questions relatives, soit aux différentes périodes de l'ébriété et à l'intensité de chacune d'elles, soit aux distinctions flottantes qu'on a voulu établir entre l'ivresse légère et l'ivresse complète, soit au degré de conscience intime, ne peuvent apporter que des données trop peu précises pour qu'il soit permis d'en tenir un compte exclusif. La plupart des théories formulées sur ce sujet nous paraissent peu acceptables et nous pensons qu'il est prudent de se maintenir purement et simplement sur le terrain de la Loi française.

« Le législateur, intentionnellement, croyons-nous, reste muet sur la question de l'ivresse ; il ne l'admet pas comme excuse et il ne pouvait, en effet, la considérer comme telle.

« Comment atténuer la responsabilité d'un homme devenu coupable dans un accès transitoire de fureur qu'il a volontairement préparé? A coup sûr, l'homme qui se trouve sous l'influence toxique de l'alcool ne s'appartient plus ; mais l'état d'aberration passagère de l'ivresse n'a rien de la fatalité des délires d'aliénation mentale, il est le résultat d'une intoxication qu'il était facile d'éviter et derrière laquelle ne saurait disparaître la responsabilité. »

« Sain d'esprit après l'élimination de l'agent toxique, cet homme, s'il reste impuni, pourra recommencer demain les mêmes excès dont les conséquences pourront être aussi redoutables. »

Le rôle du médecin-expert consiste seulement à établir, avec une exactitude clinique sévère, l'état des facultés intellectuelles, morales et instinctives au moment du crime, l'entraînement impulsif, la valeur des mobiles, toutes forces dont l'association et la combinaison ont eu pour résultante fatale un acte irrésistible. Là doit se borner son intervention, il ne peut plaider la responsabilité augmentée ou diminuée, mais il a le devoir et le droit de donner son appréciation sur les circonstances spéciales au milieu desquelles les événements se sont produits et de faire connaître si l'acte conmis emprunte à l'état d'ivresse un motif d'atténuation. Après avoir dit ce que valait l'homme en dehors des moments où il se livre volontairement à des excès alcooliques, c'est à la justice qu'il appartient de déterminer le degré de responsabilité qui lui incombe.

En résumé, lorsqu'un homme, indemne d'intoxication chronique ou de toute autre forme d'aliénation mentale, se rend coupable d'un crime ou d'un délit sous l'influence de l'ivresse, on doit le considérer comme responsable. Cependant il peut arriver que dans l'examen des faits reprochés au délinquant et surtout dans l'étude de certaines conditions biologiques qui ont marqué de leur influence l'étiologie, la forme et l'intensité de l'ivresse, le médecin a pu observer quelques particularités dont il indiquera la valeur et que le tribunal pourra considérer comme circonstances atténuantes. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des individus à organisation cérébrale défectueuse, chez lesquels il y a une part à faire à l'intoxication alcoolique et une part à faire à l'inculpé, dont la résistance à l'alcool a été moindre qu'elle ne l'eût été chez un sujet d'une organisation plus parfaite.

Toutes les considérations qui précèdent s'appliquent à ce qu'on est convenu d'appeler l'*ivresse volontaire*. Il y a lieu d'établir une distinction entre celle-ci et l'*ivresse involontaire ou provoquée*, qui peut s'emparer de certains individus sans qu'ils aient été à même d'opposer aucune résistance. Elle peut être le résultat d'artifices, de manœuvres étrangères.

Dans de telles circonstances, l'accusé peut alléguer son ivresse, la faire prouver par les témoins; elle est alors susceptible de prendre les caractères d'une excuse légale et peut devenir un motif d'atténuation.

Certaines professions exposent les individus qui les exercent à une intoxication absolument involontaire; les ouvriers employés

dans le commerce des vins et des alcools, qui passent leur journée dans des chaix, dans des caves au milieu des émanations spiritueuses, s'enivrent parfois avec une très grande facilité. L'ivresse se produit quelquefois en dehors de tout excès chez les dégustateurs. M. le sénateur Donnet en a vu plusieurs exemples, il a pu acquérir la conviction que bien souvent, chez ces derniers, les goûts, les habitudes, l'éducation même chez quelques-uns, ne permettaient pas d'attribuer les accidents d'intoxication aiguë ou chronique qu'il observait à des habitudes d'intempérance. On sait d'ailleurs avec quelle facilité se fait l'absorption des vapeurs alcooliques par les voies respiratoires ; on sait aussi que dans ce mode d'absorption des liquides alcooliques de même que de tous les liquides qui se volatilisent facilement, les effets toxiques sont beaucoup plus prompts, plus intenses, et nécessitent une plus faible dose que dans l'absorption stomacale ; des exemples de cette intoxication sont très fréquents. M. Lancereaux l'a souvent observée chez des parfumeurs, des fabricants de vernis, des éventaillistes, etc.

Chez tous ces individus, il n'est pas rare d'être appelé à constater les effets d'une ivresse subite, brutale, à caractère violent et agressif, qui entraîne quelquefois de redoutables conséquences. Un crime commis dans ces conditions ne rendra pas son auteur responsable dans la grande majorité des cas. Ici, le sujet obéit à une impulsion toute pathologique, que sa volonté était impuissante à réprimer. Si peu disposé qu'on soit à faire de l'ivresse une excuse, dans de pareilles circonstances, on est bien obligé de reconnaître l'absence de toute liberté morale, par conséquent de toute responsabilité.

Quant à l'ivresse *préméditée*, nous croyons inutile de nous y arrêter ; tout le monde la considère avec raison comme une circonstance aggravante.

Les mêmes objections peuvent s'appliquer à la simulation de l'ivresse, nous n'avons donc pas à nous en occuper.

Ivresse pathologique. — Ce genre d'intoxication est caractérisé par des modifications multiples apportées aux symptômes habituels de l'empoisonnement aigu par un état morbide préexistant qui donne à l'ivresse une physionomie plus grave. Ici, la boisson enivrante n'est que le coup de fouet qui favorisera l'explosion de phénomènes délirants d'un extrême violence ; c'est, comme le dit

M. Lentz, la mèche qui allume l'incendie et celui-ci variera suivant la nature des matériaux sur lesquels il portera.

On a essayé d'établir quelques variétés dans l'ivresse pathologique et, selon les manifestations auxquelles elle donne lieu le plus souvent, on a parlé de l'ivresse maniaque et de l'ivresse convulsive.

Sans nous engager dans les longueurs d'un développement descriptif, nous rappellerons seulement que ces formes se rencontrent le plus habituellement chez des individus prédisposés aux affections mentales. Chez eux on trouve toujours les stigmates d'une organisation cérébrale défectueuse, qui a pour premier effet de diminuer leur résistance à l'action toxique de l'alcool et, en second lieu, de favoriser le développement d'un trouble intellectuel et moral plus considérable d'emblée.

En dehors des aliénés proprement dits, des imbéciles et des épileptiques, chez lesquels l'ébriété est toujours particulièrement dangereuse, il existe toute une classe de malades dégénérés ou d'héréditaires dont les graves défectuosités de l'état mental se traduisent moins par des conceptions délirantes que par la bizarrerie de leurs actes, le décousu de leur existence, et qui laissent partout l'impression de leur incapacité ou de leur manque d'équilibre. Ce sont de véritables malades qui ne résistent pas plus au désir de boire qu'à d'autres entraînements morbides ; chez eux tous les actes exécutés sous l'influence de l'ivresse ont en quelque sorte les caractères de l'impulsion.

Dans ces cas, le médecin expert se trouve aux prises avec des questions médico-légales d'une rare importance.

Quand il ne s'agit que d'un homme coupable d'un crime ou d'un délit commis en état d'ivresse simple, manifestement volontaire, il n'y a pas de difficulté; l'ivresse n'est pas une excuse, l'agent est responsable. Mais lorsqu'on est en présence d'un individu mal équilibré, atteint de débilité intellectuelle ou se trouvant dans un état d'infériorité mentale évidente, la part à faire à sa responsabilité se trouve singulièrement réduite.

Malheureusement ces distinctions ne sont pas toujours bien comprises ni bien acceptées, et le médecin se trouve quelquefois dans cette alternative grave : ou de favoriser un alcoolisé qui peut, à bref délai, compromettre la sécurité sociale, ou de l'exposer à un châtiment trop sévère.

Rappelons, à ce propos, des *desiderata* bien connus de tous les

médecins habitués à la pratique médico-légale. Nous savons tous que la plupart du temps pour ces alcoolisés spéciaux, pour ces infirmes de l'intelligence, dont le médecin constate la déchéance sans pouvoir formuler à leur sujet une conclusion décisive, il est tout aussi impossible de prendre des mesures judiciaires sévères que des mesures administratives durables.

En effet, ces irresponsables au point de vue pénal ne pourront pas être maintenus dans l'asile d'aliénés où on les aura placés, dès que l'excitation délirante sera tombée. Il n'y a pas là de contradiction; il y a un problème qui reste sans solution aujourd'hui et qui, bien des fois, s'est présenté à nous. On s'étonne que l'affirmation de l'irresponsabilité n'ait pas pour corollaire l'internement prolongé dans un établissement d'aliénés, surtout quand il s'agit d'individus notoirement faibles d'esprit, qu'un excès de boissons peut conduire aux pires violences. On ne se rappelle pas que le régime de l'asile, la vie régulière qu'il impose, ont pour effet immédiat de ramener le calme et de placer l'individu séquestré dans les conditions les meilleures possibles. Quand toutes les causes d'excitation sont écartées, le malade de la veille paraît inoffensif, le médecin de l'asile ne se croit pas autorisé à le maintenir.

A sa sortie il se retrouve livré, avec ses prédispositions natives, aux mêmes entraînements, contre lesquels il nè pourra opposer que les mêmes incapacités; il pourra retomber dans les mêmes excès et dans les mêmes violences, mais, réclamant sa liberté et trouvant toujours quelqu'un qui appuie ses réclamations, il crée au médecin de tels soucis, que celui-ci doit céder ; et, regrettant son impuissance, il ne peut que prévoir le retour prochain de troubles intellectuels que ramènera la même cause. La faute n'est pas à nous, mais à ceux qui ne comprennent pas que maintenir un aliéné légitimement suspect de rechute, c'est faire une œuvre de protection, de défense sociale.

Délire alcoolique. — Les buveurs d'habitude sont susceptibles de présenter, dans le cours de leur existence, des accidents d'intoxication aiguë d'une intensité et d'une gravité beaucoup plus grandes que ceux observés dans l'ivresse. Ces accidents, que l'on désigne sous le nom de délire alcoolique aigu ou subaigu, sont caractérisés par des troubles sensoriels multiples, des conceptions délirantes variées, des désordres de l'émotivité, et des actes dont le degré d'acuité est variable, la durée, généralement courte,

pouvant se renouveler plus ou moins souvent et nécessitant par là des séquestrations nombreuses.

Ces phénomènes morbides ne sont pas toujours en rapport avec le degré de saturation d'alcool. Chez les uns, le délire alcoolique fera son apparition à la suite de quelques excès seulement; chez les autres, au contraire, il se montrera beaucoup plus tard, après des excès répétés tous les jours, pendant des années, souvent sans amener l'ivresse. Tantôt le délire sera consécutif à des libations plus copieuses ; tantôt on le verra se développer en dehors de tout excès, soit par le fait de l'abstinence, soit par l'action de circonstances extérieures, un traumatisme physique, un choc moral, une maladie, etc.

Des sensations subjectives nombreuses, et surtout les hallucinations de la vue, de nature pénible et terrifiante, caractérisent le délire alcoolique aigu. Le sujet intervient toujours pour son propre compte et avec sa propre valeur, son activité délirante est directement en rapport avec l'état habituel de ses facultés et l'intensité de ses troubles sensoriels. De là des modalités différentes susceptibles de donner à l'intoxication aiguë, et par degré de fréquence, les formes maniaque, mélancolique ou stupide.

Suivant la terminaison plus ou moins rapide de l'accès, il y a lieu de distinguer trois catégories. Dans la première, la durée est relativement très courte, et, ainsi que l'a établi M. Magnan, la convalescence est bénigne, rapide et complète. Dans la deuxième catégorie, on peut ranger les cas de délire alcoolique à convalescence plus longue et à rechutes assez fréquentes. Lorsque les idées délirantes, les troubles des actes ont perdu de leur acuité, on observe souvent des idées vagues de persécution, des idées hypocondriaques, un état émotif, qui ne s'effacent que lentement.

Enfin, dans une troisième classe, nous avons à étudier les manifestations du délire alcoolique chez les prédisposés. Ces individus, qui ont été si bien étudiés par Morel, Magnan, Laborde et d'autres encore, trouvent leur prédisposition spéciale, soit dans l'infériorité cérébrale qui leur a été léguée par l'hérédité, soit dans une intoxication plus considérable et plus prolongée ; chez eux, il est possible d'observer non-seulement du délire toxique, mais encore, et coexistant avec ce dernier, un autre délire qui a son origine dans des dispositions natives particulières et dont la durée peut être longue.

Dans tous les cas, l'agent toxique a modifié la constitution in-

time de la cellule nerveuse et lui a créé une susceptibilité spéciale. Sous l'influence d'une excitation quelconque, cette susceptibilité se révèle par des réactions pathologiques, entraînant avec elles un véritable raptus cérébral caractérisé par l'obscurcissement subit, l'ataxie, la perversion des facultés intellectuelles.

Des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations pénibles de divers sens déterminent pour le malade un état d'anxiété et de terreur difficile à décrire. La conscience altérée, la raison disparue sont impuisantes à retenir l'alcoolisé, qui se trouve dans l'impossibilité absolue de se soustraire à la domination des désorbres sensoriaux qui le subjuguent. Les instincts prennent le dessus et, favorisés par la nature des troubles émotionnels et hallucinatoires, ils poussent à des actes d'une redoutable violence.

Dans quelle mesure l'acte délictueux commis dans de telles conditions rendra-t-il son auteur responsable ?

De tous les états dus à l'intoxication alcoolique, c'est peut-être l'accès aigu de délire qui prête le moins à la controverse au point de vue médico-légal. Presque tous les auteurs se trouvent d'accord sur cette question et se montrent favorables à l'absence de culpabilité du sujet qui commet une action répréhensible, en état de folie alcoolique.

Marc soutient que les actes commis pendant un accès de *delirium tremens* doivent être considérés comme les produits d'une lésion mentale impliquant l'absence de toute liberté morale. Tardieu est du même avis. M. Fournier est aussi catégorique que les auteurs précédents, et cette opinion nous paraît la seule vraie.

L'évolution de l'accès contemporain de l'acte coupable est quelquefois si rapide que souvent le médecin, chargé de donner son appréciation, se trouve en présence d'un individu qui a recouvré sa liberté d'esprit. L'expert est alors dans l'obligation d'étudier les antécédents, de reconstituer l'état mental préexistant, les circonstances qui ont présidé à l'accomplissement de l'acte délictueux ou criminel, et les conditions spéciales dans lesquelles se trouvait l'inculpé. L'acte incriminé doit être rapproché de l'impulsion délirante qui en a été le principe et l'occasion.

Un homme est, par le fait de sa profession, exposé à absorber chaque jour des quantités assez considérables d'alcool ; sans paraître jamais ivre, il est cependant en état permanent d'intoxication alcoolique. Sous l'influence d'une cause quelconque, un accès

de délire éclate. Après quelques jours de malaise, cet homme ne peut tenir en place ; la nuit venue, il quitte sa chambre, poussé par l'irrésistible besoin de marcher et pour se soustraire aux terreurs nées de son désordre hallucinatoire. Dans la rue il engage une lutte, il est frappé et frappe lui-même avec une énergie dont seuls sont capables les alcooliques qui attaquent ou se défendent, en proie aux inquiétudes qu'enfante leur délire. Cet homme n'a été qu'un agent aveugle ; il n'est pas punissable.

En général, sous l'influence de la folie alcoolique, l'individu entre d'emblée dans l'accès de fureur et on ne peut pas dire qu'il l'ait volontairement provoqué. Il a perdu conscience de la valeur morale de ses actes, il a obéi à une impulsion morbide que sa volonté était impuissante à réprimer. Il ne s'appartient plus, il ne se dirige plus. Dans l'espèce on ne peut que reconnaître l'absence de toute liberté morale, par conséquent de toute responsabilité.

Il nous reste à examiner les conséquences d'un délire alcoolique que l'on observe quelquefois chez les buveurs d'habitude en l'absence de libations plus copieuses. Il est, en effet, d'expérience, nous pourrions dire journalière, qu'un homme se livrant habituellement aux excès alcooliques, atteint, soit par une maladie aiguë fébrile, soit par une blessure, soit même par une commotion violente morale ou physique, est, par le seul fait de l'accident survenu, presque fatalement exposé à un accès de délire alcoolique consécutif. Bien portant, à l'abri de toute préoccupation, il eût continué à boire chaque jour les doses accoutumées d'alcool, sans arriver aux troubles délirants ; malade, préoccupé, il ne tarde pas à en présenter les phénomènes aigus ou subaigus ; s'il résiste, l'évolution pathologique est régulière ; huit ou dix jours suffisent à l'élimination du poison et à la modification de l'excitabilité toxique de la cellule nerveuse. La convalescence achevée, il ne reste que peu de traces des accidents, peu à peu ils s'effacent et, si la vie est sobre, régulière, les désordres pourront ne pas se reproduire.

Un homme a pris de bonne heure l'habitude des boissons alcooliques ; il absorbait chaque jour des quantités assez considérables, et sa constitution robuste n'a pas eu trop à souffrir de ces excès répétés. Que cet homme fasse une chute grave, reçoive un coup violent, soit pris d'une pneumonie ou toute autre maladie aiguë, et soudainement le délire alcoolique peut éclater. Il n'est pas douteux qu'un délit ou un crime commis à ce moment ne saurait lui être imputable.

Il en est de même lorsque les habitudes alcooliques sont brusquement interrompues ou encore sous l'influence d'un choc purement moral. Les émotions vives, les préoccupations, surtout celles de nature pénible, causes éminemment dépressives qui ébranlent profondément le buveur, peuvent à l'égal du traumatisme, de la fièvre, de l'hémorragie, diminuer la résistance à l'action lentement préparée de l'alcool et amener l'explosion du délire avec tout son cortège symptomatique.

Un cas des plus intéressants se présente souvent à l'observation. Il s'agit de ces inculpés qui, aux premiers interrogatoires, avaient semblé sains d'esprit et qui deviennent aliénés après deux ou trois jours de détention.

Un homme, sans jamais s'enivrer peut-être, qui tous les jours s'alcoolise plus ou moins et chez lequel l'intoxication prolongée n'a pas encore occasionné les lésions permanentes et irréparables de l'alcoolisme chronique, se rend coupable d'une action criminelle dont il a parfaitement conscience, qu'il a préparée et dont la valeur morale ne lui échappe pas. Il est arrêté, conduit en prison, et là, non seulement il est privé de l'excitant accoutumé et soumis à une abstinence forcée, mais encore l'émotion produite par l'incarcération, par les interrogatoires, par le retour sur soi-même et l'appréciation des conséquences de la faute commise, lui causent des préoccupations pénibles qui hantent son esprit et le jettent dans un état de dépression profonde. D'une façon presque soudaine, il entre dans le délire et présente tous les symptômes d'un accès de *delirium tremens*. Cet état pathologique détermine presque toujours de la part du magistrat instructeur l'ordonnance d'une expertise médicale. Le médecin commis reconnaît facilement la pathogénie des phénomènes morbides qu'il a devant les yeux et en prévoit la rémission prochaine. L'action de l'alcool, qui, jusqu'au moment de l'accès, était en quelque sorte restée latente, s'épuise peu à peu, l'équilibre se rétablit, le prévenu recouvre l'intégrité de ses facultés et rentre dans son état normal.

L'explication de cet état pathologique transitoire n'est pas difficile à trouver ; nous avons vu souvent des troubles analogues se produire dans des circonstances toutes semblables et reconnaître exclusivement pour cause les conditions de vie brusquement imposées à un alcoolisant.

Mais ces troubles intellectuels ne sauraient couvrir le passé, et, au point de vue de la responsabilité des inculpés, il importe de prendre ces accès pour ce qu'ils sont en réalité. Ils sont la mani-

festation aiguë ou subaiguë d'une intoxication alcoolique ; leur durée est éphémère, ils se dissipent en même temps que s'épuise l'action de l'agent toxique qui les a provoqués. Ils sont un accident au même titre qu'un accès de fièvre, et n'autorisent en aucune façon un doute sur l'intégrité des facultés intellectuelles de ceux qui les ont subis. Les actes commis avant leur explosion entraînent la responsabilité de leur auteur.

Ivrognerie. — A côté des poussées d'intoxication aiguë, ivresse ou folie alcoolique, qui sont purement accidentelles, le buveur de profession acquiert à la longue certaines modifications de l'état de ses facultés intellectuelles et morales qu'il est intéressant d'étudier au point de vue médico-légal.

Ces modifications, en s'accentuant davantage, conduiront le buveur à l'alcoolisme chronique, dernière étape du complexus ; mais avant d'en arriver là, avant d'être aussi profondément atteint, il est ivrogne et ne sera que plus tard alcoolisé chronique.

La physionomie de l'ivrogne est trop connue pour nous arrêter longtemps. L'un boit tous les jours, aux mêmes heures, les mêmes quantités d'alcool ; l'autre commet des excès au hasard des occasions et des rencontres. Pour les deux, le résultat est le même ; par le fait d'une véritable accoutumance, ils ne sont surpris par l'ivresse complète que lorsque la dose habituelle a été dépassée. L'agent toxique n'en exerce pas moins sûrement son influence ; l'intelligence s'engourdit, le sens moral s'émousse et se perd, la volonté manque de ressort, tous arrivent à cet état d'indifférence qui les laisse sans résistance aux suggestions mauvaises. Ils deviennent paresseux, emportés, violents ; les modifications portent surtout sur le caractère et malgré les altérations subies par les facultés, l'ivrogne conserve assez d'intelligence et de liberté morale pour se diriger et apprécier la nature et la valeur de ses actes.

Leuret compare l'ivrognerie à l'aliénation mentale. Avec Tardieu nous ne pouvons admettre une semblable assimilation. Dans l'ivrogne nous ne voyons qu'un être dégradé, chez lequel le vice a laissé des empreintes plus ou moins profondes, mais ce n'est pas un fou et nous refusons absolument de le considérer comme tel, tant que les lésions caractéristiques de l'alcoolisme chronique n'existent pas.

Rœsch admet la dégradation morale de l'ivrogne ; il reconnaît qu'il n'est pas absolument normal, malgré cela, il le rend responsable de ses actes.

Marc, Tourdes, Legrand du Saulle sont du même avis et pour notre compte, nous pensons que l'ivrognerie habituelle, qui chez un sujet n'a pas encore déterminé les lésions confirmées et irréparables de l'alcoolisme chronique, ne peut faire disparaître la responsabilité pour les actes criminels ou délictueux dont l'ivrogne a été l'agent.

Alcoolisme chronique. — L'abus prolongé des boissons spiritueuses engendre à la longue des désordres pathologiques nombreux dont l'ensemble constitue l'alcoolisme chronique.

La nature et l'expression des manifestations de cet état morbide varient avec les différentes phases de son évolution. Il est important de les différencier.

Chez certains buveurs, les progrès de l'intoxication n'ont pas complètement obscurci l'intelligence et la conscience; chez d'autres, au contraire, l'inconscience est absolue et l'abrutissement complet; chez d'autres enfin, qui semblent tenir le milieu entre les précédents, la raison et la conscience, sans être absolument perverties, ne les dirigent plus.

Souvent le médecin n'éprouve pas de bien grandes difficultés lorsqu'il s'agit d'apprécier la part de responsabilité qui convient à l'une des diverses étapes de l'alcoolisme chronique. En étudiant l'homme dans ses antécédents, dans ses habitudes, dans son caractère aussi bien que dans l'accomplissement des actes qui lui sont reprochés, il a la mesure de sa valeur intellectuelle et morale. Mais, les difficultés commencent lorsqu'il faut faire admettre aux magistrats l'aberration mentale qui est le propre de ces malades et qui parfois semble contraster singulièrement avec leur état apparent. Nous voulons parler de ces alcoolisés dont le portrait a été si bien tracé par nos maîtres. M. Fournier dit: « Ces hommes à intelligence déprimée sans être abolie, à sens moral obscurci sans être éteint; gens toujours étourdis par l'alcool, même à jeun, ne sachant trop ce qu'ils font, même de sang-froid, et agissant comme machinalement, simples, dépourvus de caractère et d'énergie, crédules, faciles à subir la domination d'autrui et à entraîner sur la pente du mal; individus presque voisins de l'état d'enfance avec les apparences du libre arbitre et de la raison. »

Racle reconnaît les transformations maladives subies par l'alcoolisé chronique et pense qu'il a droit à une large atténuation de la culpabilité.

M. Fournier admet bien avec les moralistes que la dégradation

qui caractérise l'alcoolisé chronique est répréhensible en elle-même, mais il ajoute qu'elle n'en crée pas moins une situation morale particulière dont le juge doit tenir compte; c'est aussi l'opinion de M. Tourdes.

Tardieu, dans son *Étude médico-légale sur la folie*, après avoir indiqué les caractères pathologiques de l'état mental chez l'alcoolisé chronique et avoir insisté sur l'apathie, sur l'insouciance particulière dont il fait quotidiennement preuve et dont il est impossible de le sortir, apprécie l'importance de tous ces signes qui, dit-il, sans faire de tout ivrogne un fou, font de l'alcoolisant un type éminemment sujet à des impulsions irrésistibles et partant, dans beaucoup de cas, inconscient et irresponsable.

M. Lentz ne connaît pas le critérium qui pourrait servir à déterminer la valeur exacte de la responsabilité chez l'alcoolisé chronique. Pour lui il est évident que tant que les modifications morales sont peu accentuées, la culpabilité ne peut être qu'atténuée, tandis que lorsque le sujet est arrivé à la dégénérescence, à l'hébétude, à la torpeur, c'est un être à peu près inconscient qui peut être exonéré à peu près complètement de toute imputabilité.

Il nous semble que trop souvent on a le tort d'assimiler l'ivrogne invétéré à l'alcoolisant chronique proprement dit. Sans doute l'ivrognerie conduit à la longue et fatalement peut-être à l'alcoolisme chronique, mais ce sont, jusque-là, deux états bien particuliers qu'il est important de différencier. La plupart des états décrits par les auteurs, considérés par eux comme appartenant aux premières phases de l'alcoolisme chronique et conduisant l'expert, dans beaucoup de cas qu'il lui reste à déterminer, à développer des motifs d'atténuation, appartiennent à l'ivrognerie déjà ancienne et non à la diathèse alcoolique elle-même.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à propos de l'ivrognerie, sur la valeur médico-légale des actes commis sous son influence; les explications que nous avons données suffisent pour faire connaître notre manière de voir. Quant à l'alcoolisme chronique confirmé, état pathologique qui se traduit par des manifestations positives, bien définies, symptomatiques de lésions profondes, permanentes et irréparables des facultés intellectuelles, morales et affectives, nous n'hésitons pas à affirmer qu'il entraîne l'inconscience et supprime toute imputabilité.

Dipsomanie. — Pour terminer, nous dirons deux mots de la dipsomanie.

Ce terme, pendant longtemps synonyme d'ivrognerie, a définitivement conquis dans notre langage médical sa véritable signification ; c'est, revenant par accès, une impulsion pathologique à boire avec excès des liqueurs enivrantes.

L'accès dipsomaniaque se compose de trois périodes, prodromique, d'état et de déclin, pendant lesquelles on observe des symptômes psychiques différents, sur lesquels nous ne croyons pas devoir insister.

L'ivresse, quoi qu'on en ait dit, est la conséquence presque fatale de l'absorption considérable de boissons alcooliques; pendant l'accès elle se montre avec ses symptômes habituels, mais sa durée peut être prolongée pendant plusieurs jours. Tant que dure l'accès, on assiste à un double spectacle, celui de l'impulsion à boire qui devient de plus en plus impérieuse, car plus elle est satisfaite, plus elle est exigeante, et celui déterminé par l'action enivrante des spiritueux.

Au début, ce ne sont que des phénomènes d'ébriété qui disparaissent après la crise, sans laisser de traces ; mais plus tard, quand l'accès s'est renouvelé un grand nombre de fois, quand sa durée est plus longue, il n'est pas rare d'assister à des manifestations aiguës d'abord, chroniques ensuite, de délire toxique. Lasègue n'était pas de cet avis; cependant, c'est souvent ainsi que les choses se passent : M. Magnan l'a fait justement remarquer, c'est le délire alcoolique qui provoque l'admission du malade à l'asile et parfois ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve les éléments nécessaires à l'établissement du diagnostic de la diathèse héréditaire et de l'impulsion morbide.

Les accès sont séparés par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels le dipsomane semble posséder l'intégrité de ses facultés. Bien souvent ce n'est qu'une apparence ; il n'est pas rare, en effet, qu'un examen plus minutieux, plus attentif révèle la déséquilibration et montre la nature des imperfections natives du caractère et des tendances.

Il importe d'insister sur les dissemblances qui existent entre le dipsomane et le buveur d'habitude. Le dipsomane est un buveur d'occasion d'une espèce particulière. En dehors de ses accès, il a généralement un dégoût profond pour les boissons alcooliques. « Les ivrognes, dit Trélat, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

Chez le dipsomane les accidents alcooliques ne sont que secon-

daires, ils sont le résultat de l'impulsion maladive; l'ivrogne devient malade par le fait seul de ses excès. « L'un est aliéné avant de boire ; l'autre n'est aliéné qu'après avoir bu. » (MAGNAN.)

Au point de vue médico-légal, un grand nombre de questions peuvent être posées au médecin-expert. Elles nécessitent de sa part une étude d'autant plus sérieuse que la plupart du temps le dipsomane est pris pour un ivrogne vulgaire.

Le dipsomane peut se rendre coupable d'un crime ou d'un délit, pendant l'une des trois périodes de l'accès ou pendant les intervalles des accès. Dans ces différents cas la culpabilité et par conséquent la responsabilité sont susceptibles de varier.

Nous pouvons laisser de côté l'étude de la culpabilité pendant l'intervalle des accès, elle appartient à l'histoire médico-légale de la folie des héréditaires; nous ne devons envisager ici que l'ivresse ou le délire alcoolique qui se produisent pendant l'accès et en sont la conséquence. Pour ce qui est du délire alcoolique, ce que nous en avons dit précédemment s'applique au dipsomane aussi bien qu'aux alcoolisés ordinaires ; il entraîne l'irresponsabilité pour tous les actes commis sous son influence. Quant à l'ivresse qui survient chez le dipsomane au plein de son accès, elle l'exonère également de toute culpabilité. Chez lui, non seulement l'ivresse n'est pas volontaire, non seulement il n'était pas en son pouvoir de l'éviter, mais encore l'abus des boissons qui l'a engendrée est le résultat d'un entraînement morbide, d'une impulsion irrésistible avec obnubilation, inhibition de la volonté et absence de conscience. Dans ces conditions, l'ivresse du dipsomane entraîne de plein droit son irresponsabilité.

CONCLUSIONS

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer a mis en relief les nombreuses difficultés que soulève le problème de la responsabilité chez les alcoolisés.

Nous avons vu qu'il existe une infinie variété de degrés entre les deux termes extrêmes, l'ivresse simple et l'alcoolisme chronique ; les distinctions que nous avons essayé d'établir ne comportent aucune subtilité pour celui qui se trouve journellement aux prises avec les faits et qui est obligé de tirer de chacun d'eux les conclusions auxquelles il conduit. Nous avons montré que le

plus souvent, le médecin-expert se trouve en présence de cas complexes dont la solution est aussi délicate que difficile. Aucune règle fixe ne peut être posée, aucun critérium suffisamment solide ne peut être établi ; il est nécessaire de se maintenir exclusivement sur le terrain de la clinique sans se lancer dans les spéculations philosophiques où il est si facile de s'égarer. C'est seulement dans l'individualisation de chaque cas examiné dans ses antécédents, dans ses particularités, dans ses caractères multiples qu'on trouvera les éléments nécessaires à une appréciation médico-légale vraiment scientifique.

En résumé et comme conclusions, nous croyons pouvoir dire que la responsabilité est nulle, toutes les fois que le crime ou le délit appartiennent à la période *délirante* aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes.

La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

Elle existe tout entière :

Dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter ;

Lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

Il s'en faut de beaucoup que les choses se présentent assez simplement dans la pratique médico-légale pour que ces règles formulées d'une manière absolue trouvent une application immédiate. Il faut au médecin-expert une connaissance profonde des états si complexes, si divers qui peuvent se présenter ; il lui faut encore la prudence, la réserve, qui lui permettent d'éclairer la justice, sans compromettre les intérêts de l'inculpé. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Legrain, *médecin de la colonie de Vaucluse.* — Messieurs, le rapport si remarquable et si prudent dont vous venez d'entendre la lecture et auquel on ne saurait mieux faire que de se rallier complètement dans l'état actuel des choses, semble peut-être comporter une conclusion supplémentaire qui n'y est pas formulée bien qu'elle y soit implicitement comprise.

Elle est relative à la séquestration de certains buveurs dans des asiles spécialement destinés à les recevoir. Je ne veux pas traiter la question à fond, je manquerais d'expérience pour le faire, je ne veux que l'indiquer, laissant aux médecins plus expérimentés que moi le soin de l'élucider. Depuis surtout qu'on a appris à considérer chez le buveur, non-seulement l'excès commis, mais aussi et surtout le terrain sur lequel viennent éclore les accidents d'alcoolisme, il semble résulter de l'observation journalière que bon nombre d'alcooliques embarrassent singulièrement le médecin légiste et le magistrat, faute d'un asile spécial, sorte d'intermédiaire entre l'asile d'aliénés et la prison, où l'on puisse les séquestrer non pas seulement jusqu'à la guérison de leurs accidents alcooliques, mais bien au delà, ainsi qu'il arrive dans bon nombre d'asiles semblables, qui existent dans des pays autres que le nôtre.

Tel individu a fait des excès de boisson; sous l'empire de ces excès il a commis un délit ou un crime; voilà le fait constaté. On demande alors s'il est responsable du crime commis, et l'on conclut souvent par l'affirmative alors qu'en soi-même on sent très bien parfois qu'on avait affaire à un irrégulier, à un demi-impulsif, à un être incapable de diriger ses actes; on sent très bien qu'avant de poser la question de responsabilité relativement à l'acte criminel commis, il y aurait eu lieu de poser la question préjudicielle de savoir si le délinquant était capable, et dans quelle mesure, de s'empêcher de boire. On sent qu'une sanction pénale, dans certains cas, est une sanction beaucoup trop dure, sinon injuste, que le buveur est un de ces déséquilibrés qui méritent toute l'attention du médecin et toute la bienveillance du magistrat au lieu d'une punition sévère.

La punition mitigée est le moyen terme employé pour tout concilier, mais ce moyen terme est insuffisant, car il n'empêchera

jamais celui que vous savez être un malade de posséder un casier judiciaire, qui sera trop souvent la cause de ses rechutes.

On sent très bien toutes ces choses, Messieurs, et pourtant on ne peut faire autrement, dans la plupart des cas, que de livrer au magistrat celui que l'on voudrait voir exonérer d'une peine infamante. On est obligé de le faire, parce que, si le déséquilibré buveur, incapable souvent de s'empêcher de boire, est un malade intéressant, la société et la sécurité qu'elle réclame ne sont pas moins deux choses plus intéressantes encore.

Ne croyez-vous pas, Messieurs, que des asiles spéciaux, ou, à leur défaut, des quartiers d'asiles, soumis à une réglementation et à une discipline spéciales, et dans lesquels le magistrat aurait légalement le droit, conformément aux conclusions d'un rapport médical, de séquestrer à temps l'alcoolique invétéré, ne contribuerait pas pour beaucoup à mettre à l'aise dans leurs conclusions et le magistrat et le médecin légiste, en leur facilitant le moyen de remplir complètement leur mandat : au premier son mandat de protéger la société, au second son mandat de protéger le malade ? Telle est la question que je désirais poser au Congrès à propos du rapport de MM. Motet et Vétault. Ne pensez-vous pas qu'une opinion quelconque pour ou contre, émise par votre assemblée, aurait un grand poids si, comme je l'espère, dans un avenir plus ou moins éloigné, la question d'asiles spéciaux pour les ivrognes, se posait officiellement, soit dans notre pays, soit dans ceux qui en sont encore dépourvus.

Je demanderai en conséquence aux rapporteurs de la question pendante, s'ils ne jugeraient pas à propos d'ajouter à leurs conclusions, une autre conclusion ainsi formulée sous forme de vœu :

Il serait utile, comme on l'a fait dans certains pays, de créer des asiles spéciaux ou de réserver dans certains asiles des quartiers où l'on recueillerait pendant un temps déterminé par un jugement de tribunal, après avis des experts spécialistes :

1° Les alcooliques invétérés qui sont les hôtes incessants des asiles, parce que leurs impulsions maladives les poussent fatalement vers les excès alcooliques, qui les exposent à nuire à la société ;

2° Les alcooliques délinquants déclarés incapables, dans une certaine mesure, de s'empêcher de boire et, par conséquent, ayant bénéficié au maximum des circonstances atténuantes.

M. Taguet. — Nous distinguerons deux cas principaux: dans le premier, l'ivresse ne fait qu'exagérer les instincts ou les penchants qui sont innés en nous et que l'éducation et l'instruction ont relégués à l'état de facteurs secondaires, d'où les manifestations si diverses suivant les individus, les peuples et les races. Il n'est pas douteux que dans l'ivresse, même simple, la perception, la réflexion, le jugement et surtout la volonté ne soient plus ou moins empêchés et ne doivent entraîner une certaine altération de la responsabilité. C'est pour cette catégorie d'ivrognes qui touchent momentanément, quoi qu'on dise, à un certain côté de la pathologie que devrait s'appliquer, selon nous, l'article suivant que nous empruntons au Code pénal allemand: « Si l'accusé se trouvait, au moment de l'acte, dans un état capable, non pas d'abolir entièrement, mais tout au moins d'entraver le libre arbitre, il sera passible de la moitié de la peine qui est applicable à la simple tentative criminelle. » Cette manière d'envisager la criminalité des ivrognes tend à se généraliser en France. « Les tribunaux militaires francais, a dit Legrand du Saulle, sont en général pleins d'indulgence pour les crimes accomplis pendant l'ivresse, ils prononcent rarement l'acquittement, cela est vrai, mais, comme l'échelle pénale est graduée, ils savent appliquer avec un louable discernement la mesure judiciaire la plus en rapport avec une culpabilité amoindrie. »

Dans la seconde catégorie viennent se ranger les ivrognes chez qui les moindres excès déterminent une sorte de folie transitoire, d'épilepsie psychique, si l'on veut, avec des impulsions plus ou moins graves suivant les individus. Ces crises frappent neuf fois sur dix des héréditaires, ou des individus ayant déjà présenté des troubles cérébraux ou cardiaques; chez les uns l'acte incriminé est suivi d'une amnésie complète, chez d'autres le souvenir n'est pas complètement aboli. « Il nous paraît certain, dit Krafft-Ebing, que la constitution d'une amnésie réelle, pour le temps pendant lequel s'est accompli un acte commis pendant l'ivresse, constitue, malgré toutes les objections qu'on a pu faire, une preuve valable de l'existence d'un état mental pathologique pendant le même espace de temps, et que les actes criminels qui ont pu être commis alors, doivent être regardés comme étant le résultat de cet état de maladie. »

Nous pensons que ces ivrognes doivent bénéficier, en général, de l'article 64 du Code pénal, tout comme les dipsomanes ou les alcooliques proprement dits.

L'abus invétéré des spiritueux, en l'absence même des phénomènes propres de l'intoxication, fait de l'individu un être nouveau : un cérébral. Le libre arbitre, la liberté morale ne saurait s'exercer d'une manière complète, comme c'est ici le cas, en dehors de l'intégrité des facultés intellectuelles; aussi voudrions-nous que la pénalité fût amoindrie pour les ivrognes qui ne doivent d'être incorrigibles que parce qu'ils présentent une lésion de la volonté, contre laquelle échoue tout serment de tempérance. Une peine, si minime qu'elle fût, nous semblerait de beaucoup préférable à une ordonnance de non-lieu qui amènerait une séquestration dans un asile d'aliénés, séquestration qui servirait plus tard de palladium pour s'abriter contre des condamnations qu'on pourrait encourir ultérieurement. Quel est le médecin d'asile qui ne s'est pas trouvé dans cette alternative : ou de violer la liberté, en gardant un ivrogne guéri, ou d'exposer la société aux tentatives criminelles que ce même ivrogne lui fera subir? Nous pensons que ces ivrognes devraient être assimilés aux aliénés criminels et être maintenus dans les asiles par mesure de sécurité et de morale publique, lorsque plusieurs récidives les ont mis hors la société.

M. Semal. — Je demanderai à M. Motet de vouloir bien présenter les conclusions de son remarquable rapport sous forme de vœu auquel le Congrès ne manquera pas de donner sa complète approbation.

M. Motet. — En prévision d'une demande telle que celle que viennent de faire MM. Semal et Legrain, j'ai formulé, comme conclusion de mon rapport, le vœu suivant que je prierai M. le Président de soumettre au vote du Congrès.

« Le Congrès, en présence du danger dont l'alcoolisme menace la société, la famille, l'individu,

« Reconnaissant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre l'ivresse simple, l'ivresse pathologique et ses variétés, et l'alcoolisme chronique,

« Émet le vœu :

« Que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures judiciaires, d'une part, des mesures administratives durables, d'autre part, soient prises contre les alcoolisés suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent;

« Que les pouvoirs législatifs donnent une sanction aux travaux de Claude des Vosges, de MM. Th. Roussel et Léon Say;

« Qu'il soit pourvu, par la création d'un ou de plusieurs établissements spéciaux, à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental; que la durée de leur internement soit déterminée par les tribunaux après enquête médico-légale; que la sortie, même à l'expiration de temps fixé, puisse être ajournée si l'alcoolisé est reconnu légitimement suspect de rechute. Les alcoolisés chroniques, non dangereux, pourront être maintenus dans les asiles d'aliénés;

« Que ces établissements, ayant le caractère de maisons de traitement et non de maisons de répression, soient organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé;

« Que les statistiques judiciaires et administratives soient dressées de manière à faire ressortir les résultats de ces mesures. »

(Adopté à l'unanimité.)

M. le Président. — La parole est à M. Taguet pour la lecture de sa communication.

DE L'IVROGNERIE DANS LE MORBIHAN

SES MANIFESTATIONS, SA CRIMINALITÉ.

M. le Dr H. Taguet, *directeur-médecin en chef de l'asile de Lesvellec (Morbihan)*. — Alcoolisme et ivrognerie constituent deux états différents et si, le plus souvent, celui-ci détermine celui-là, il peut arriver également que l'un exclue l'autre; n'est pas, en effet, alcoolique qui veut, selon l'expression si judicieuse du professeur Lasègue. Cette immunité que l'on rencontre, exceptionnellement, là où l'alcoolisme exerce ses ravages, constitue la règle dans la population bretonne du Morbihan; elle est due, ici, non plus à des idiosyncrasies spéciales, mais bien à la nature de l'alcool, à son état de diffusion dans le torrent circulatoire, à sa rapide élimination.

Je ne crois pas médire du Morbihan en venant vous dire qu'il est la terre classique de l'ivresse titubante des rues. Ce n'est pas là, comme vous pourriez le croire, un fléau de la ci-

vilisation ; car, si loin que l'on remonte dans l'histoire si mystérieuse de la vieille Armorique, on la trouve s'adonnant à l'ivresse, tout comme la Bretagne moderne. Tout ici est prétexte à boire avec excès : mariages et baptêmes, jours de marchés et jours de pardons religieux. Nul ne rougit de son intempérance, nul ne songe à s'en corriger, tout est pour le mieux, pourvu qu'on ne fasse pas de tort au Roi, comme on chante au pays.

Vous connaissez les ravages de l'alcool sur les races et les individus ; M. le Dr Roussel les a résumés en quelques mots : « Absorbé avec un goût qui se transforme vite en un besoin irrésistible, on le voit imprégner fortement l'organisme, en altérer les forces radicales, détruire peu à peu l'individu physique en en dégradant de plus en plus l'homme moral. On le voit ensuite atteindre, outre l'individu, sa progéniture, léguer ainsi aux familles par une hérédité fatale, la débilité, l'épilepsie, la surdité, une foule de désordres nerveux, et au moral : l'imbécillité, l'idiotisme, l'aliénation mentale, la paresse et les instincts violents et pervers. » Ici rien de semblable, la race est aujourd'hui ce qu'elle a toujours été, une race au « cœur chaud, à la tête dure, à la vie longue. » Contrairement à ce qui arrive ailleurs. l'augmentation de la population suit, dans le Morbihan, une progression constante. Les non-valeurs physiques y sont relativement rares et ne sont guère susceptibles de se propager par l'hérédité, une jeune fille y prenant rarement pour mari celui dont l'État n'aurait pas voulu pour soldat. Le nombre des aliénés assistés est de 70 pour 100.000 habitants, chiffre bien inférieur à la moyenne en France. Les crimes, à l'exception des infanticides, y sont excessivement rares et je ne sache pas que les tribunaux aient jamais eu à prononcer des ordonnances de non-lieu en faveur d'alcooliques.

L'intoxication, cela n'est pas douteux, tient moins à l'alcool lui-même qu'aux essences qu'il renferme et dont l'action délétère détermine, suivant leur nature et leur provenance, des troubles moteurs, sensoriels ou convulsifs. Aussi sans vouloir rejeter, d'une manière absolue, l'intoxication par l'alcool pur de tout mélange, qu'il soit porté dans le torrent circulatoire à l'état libre ou à l'état de diffusion comme dans le vin, le cidre ou la bière, nous la croyons excessivement rare, en dehors de prédispositions individuelles. Cela est si vrai, que les ravages de l'alcoolisme n'ont réellement fixé l'attention que depuis l'établisse-

ment, en province, de distilleries d'eau-de-vie de grains, de betteraves et de pommes de terre; et, à Paris, depuis l'abus de l'absinthe et des liqueurs soi-disantes apéritives.

Le délire alcoolique est, presque toujours, la conséquence d'à-coups, il éclate généralement dans la période pendant laquelle le malade se reprenait à être tempérant. Les abus de boissons, dans le Morbihan, présentent essentiellement ces caractères d'intermittence, et il n'est pas rare de voir se reproduire, dans la même journée et chez le même individu, plusieurs accès d'ivresse, l'un suivant l'autre à quelques heures d'intervalle. Si les conséquences ici sont différentes, cela tient: 1° à la nature et à la diffusion de l'alcool dans l'économie; 2° à sa prompte élimination; 3° à une certaine tolérance cérébrale acquise.

Le cidre étant, presque exclusivement, la boisson du pays, nous allons résumer très sommairement les désordres qu'il peut entraîner, lorsqu'il est pris en excès. La quantité nécessaire pour provoquer l'ivresse est variable suivant la qualité du cidre et les prédispositions individuelles; disons, cependant, qu'elle est rarement inférieure à 4 ou 5 litres, ce qui représente une absorption de 40 à 50 centilitres d'eau-de-vie du commerce, dont la teneur moyenne est de 45° par litre, et encore n'avons-nous pris pour base que les cidres les moins alcoolisés.

Il semble que l'action du cidre s'exerce, presque exclusivement, sur les zones cérébrales qui président aux mouvements volontaires et dont le siège, d'après les professeurs Charcot et Pitres, se trouve dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral. Mais, contrairement à ce qui arrive dans le cas de destruction des tissus et même simplement de l'irritation de l'écorce, il n'y a jamais ici ni paralysie partielle, ni faiblesse musculaire, ni épilepsie jaksonienne: tout se borne à un défaut de coordination dans les mouvements volontaires. Les troubles sensoriels sont nuls, les facultés intellectuelles restent intactes. Qu'il coure après son centre de gravité, ou qu'il cherche un appui pour lutter contre des mouvements qu'il n'est plus le maître de diriger, l'ivrogne conserve, ici, son libre arbitre, sa liberté morale.

L'ivresse n'est pas tant la conséquence de la quantité d'alcoo ingérée que des modifications chimiques qu'il a pu subir dans l'économie, par suite de la lenteur apportée dans son élimination. Nous trouverons la confirmation de cette manière d'envisa-

ger l'ivresse dans le fait suivant. Vous savez ce que sont les noces dans le Morbihan, ces noces en plein champ, où le cidre coule à profusion. Suivons-y le même ivrogne que nous avons pris à la porte du cabaret, en état d'ivresse, et nous constaterons qu'il n'arrivera pas ici à s'enivrer, bien que les excès aient été tout aussi considérables, sinon plus. Cela tient à ce que les conditions d'élimination ne sont plus les mêmes; dans l'ivresse statique du cabaret, cette élimination se fait exclusivement par les reins, en vertu de la nature essentiellement diurétique du cidre; mais pas assez vite cependant, pour qu'il ne se produise une réaction passagère sur les centres nerveux. Dans les excès mouvementés des noces, il y a en plus l'entrée en scène des poumons et de la peau, dont l'action physiologique est violemment surexcitée par le chant et la danse qui sont inséparables de toute réunion; de telle sorte que l'alcool, ne faisant que traverser les tissus, reste inaltérable.

L'ivresse par l'abus exclusif des liqueurs fortes est excessivement rare dans le Morbihan, il semble qu'elle y fut inconnue, notamment à Vannes, avant 1870, époque à laquelle l'eau-de-vie y a pénétré à la suite des mobiles du Finistère. C'est également de cette époque que datent les quelques cas de délirium tremens observés à l'hôpital de Vannes. Le vice, comme la vertu, a ses étapes, et, en attendant qu'on s'enivre ici avec de l'eau-de-vie pure, on se contente, pour le moment, de la mélanger au cidre. L'ivresse ainsi obtenue est beaucoup plus grave que celle du cidre seul et revêt tous les caractères de l'ivresse apoplectique, se jugeant, comme elle, par un sommeil profond et prolongé. Ici encore nous ne possédons pas un seul cas ayant versé dans l'intoxication aiguë ou chronique, soit qu'il existe une tolérance cérébrale spéciale, sur laquelle nous allons revenir, soit que l'état de diffusion de l'eau-de-vie dans le cidre ait facilité son élimination, avant d'avoir déterminé des troubles sensoriels ou intellectuels de quelque durée. Il semblerait rationnel d'admettre que, par suite de la congestion encéphalique que détermine l'ivresse apoplectique, les cas de paralysie générale dussent être, ici, assez nombreux; il n'en est rien. En effet, sur une population de 500 malades nous ne comptons que trois paralytiques dont l'affection n'a rien à voir avec les excès de boissons. Leur influence sur la production de la folie ne nous paraît pas établie. Dans notre statistique officielle pour 1888, nous avons fait

figurer, il est vrai, quelques alcooliques ; mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer, ces aliénés auraient pu être rangés tout aussi bien dans une autre catégorie, chez tous l'étiologie ayant été multiple et les excès négligeables.

Indépendamment de la nature spéciale de la boisson, le délire alcoolique demande pour se produire une certaine prédisposition. Cela est si vrai que nous le voyons éclater, souvent, chez des personnes d'une tempérance notoire à la suite d'un accès d'ivresse accidentelle. Il y a plus : il suffira, chez d'autres, qu'elles aient été touchées une seule fois pour que les phénomènes d'intoxication se reproduisent, non plus sous l'influence de nouveaux excès, mais simplement à la suite d'une émotion, d'un trouble physique sans importance. Habitué dès l'âge le plus tendre à boire avec excès, dès qu'une occasion se présente, le Breton échappe à l'intoxication par suite d'une certaine tolérance acquise, chaque accès d'ivresse éliminant l'alcool et créant, pour ainsi dire, un antagonisme entre deux manifestations différentes, bien qu'ayant une origine commune.

Dans le Morbihan le retentissement des excès des parents sur la progéniture ne saurait être invoqué, l'ivresse étant, en général, trop fugitive pour amener des troubles même passagers dans les fonctions génitales. A cette raison nous en ajouterons une autre : le Morbihannais, à part de très-rares exceptions, ne s'enivre pas chez lui, il lui faut une circonstance, une occasion qu'il ne trouve qu'en dehors de son domicile ; on pourrait dire, ici, avec une certaine raison : pas de cabaret, pas d'ivresse. On sait qu'à Carthage, en vue de la procréation, le vin était défendu aux jeunes époux pendant toute la durée de leurs noces. Je me suis demandé si ce n'est pas dans le même but dissimulé sous un sentiment religieux que, dans certaines parties du Morbihan, il est d'usage que, pendant les deux nuits qui suivent leur mariage, les époux regagnent chacun le domicile de leur parents et cela pour honorer la Sainte-Vierge et Sainte-Anne-d'Auray.

L'appréciation de la responsabilité encourue par un homme en état d'ivresse soulève un problème des plus difficiles de la médecine légale, et c'est inutilement qu'on chercherait dans la jurisprudence des règles fixes. La responsabilité varie non seulement chez les individus, mais encore chez le même individu ; il faut tenir compte du degré de l'ivresse, de la nature de la substance enivrante ; rechercher les conditions dans lesquelles

elle s'est produite, si elle est la conséquence d'habitudes invétérées, si elle est accidentelle ou volontaire, si elle se rattache à une névrose, à un trouble physiologique ou pathologique.

Ces difficultés d'appréciation ne semblent pas exister ici pour le moment du moins, l'ivresse, ainsi que nous venons de le dire, ne revêtant que deux formes : la première, celle du cidre, agit exclusivement sur les mouvements volontaires et laisse à l'ivrogne toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; la seconde, celle qui provient de l'addition d'eau-de-vie au cidre, détermine tout à la fois une torpeur physique et morale qui met l'individu dans l'impossibilité de nuire ; sans compter que le Morbihannais est, par sa nature, peu batailleur. Qu'il s'agisse de déterminer la responsabilité d'un acte commis sous l'influence d'un accès d'ivresse accidentelle, ou sous l'influence d'un état habituel d'ivrognerie, la sanction nous paraît devoir être la même, à aucun moment l'ivrogne ne devenant, ici, un cérébral, comme cela arrive par l'abus des liqueurs fortes. Mais de ce que les crimes ou délits commis sous l'influence de l'ivresse sont presque inconnus dans le Morbihan, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas répréhensible ; elle constitue une insulte à la morale publique et doit être punie ; aussi est-il à regretter que la loi qui la réprime soit, ici, lettre morte.

Sous quelque côté qu'on envisage la question, nous voyons que le cidre, alors même qu'il serait pris en excès, ne constitue aucun inconvénient grave ni pour l'individu, ni pour la descendance, alors que son usage modéré ne présente que des avantages : et puisque le besoin de boire une boisson fermentée est inhérent à la nature humaine, nous pensons que la production du cidre, du vin et de la bière devrait être encouragée par tous les moyens ; c'est dans cet encouragement, dans la propagation des boissons naturelles que le législateur trouverait le meilleur remède contre l'alcoolisme. La tempérance obligatoire par la suppression des licences et la défense de la fabrication de l'alcool n'auront pas plus de résultats en France qu'en Amérique, où la répression n'a donné aucune satisfaction au point de vue moral. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Crothers pour la lecture de sa communication.

LE VERTIGE ALCOOLIQUE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LA RESPONSABILITÉ DES ACTES [1].

M. T. D. Crothers, *directeur de l'asile de Walnut-Lodge, Hartfort, Connecticut.* — Il est très commun d'entendre des inculpés soutenir qu'ils ne se souviennent pas des actes criminels dont ils sont accusés. C'est là un fait psychologique dont la science a reconnu l'exactitude. On n'a pas encore pu déterminer la part de réalité qui lui revient dans n'importe quel cas; mais ce qu'on ne saurait mettre en doute, c'est qu'il arrive souvent qu'un crime soit commis sans que son auteur en ait conscience ni qu'il s'en souvienne le moins du monde.

Ceux qui sont familiarisés avec les études médico-mentales, savent fort bien que dans certains états cérébraux encore imparfaitement connus, la mémoire est en quelque sorte paralysée, et qu'elle néglige de noter telles ou telles circonstances des événements de la vie. Semblable au somnambule, l'individu peut paraître alors conscient de ses actes, et cependant par la suite être incapable de se rappeler rien de ce qui lui est arrivé. Ces défaillances de la mémoire se présentent dans bien des états morbides qui affectent, soit le cerveau, soit l'organisme entier ; mais le plus souvent elles sont de si courte durée, que personne n'y fait attention. Parfois l'individu parvient ultérieurement à recueillir le souvenir des faits qui se sont produits; mais ordinairement sa mémoire n'en garde aucune trace. C'est dans l'épilepsie et dans l'ivresse qu'on a observé les plus marqués de ces troubles de la mémoire. Quand ils surviennent dans l'ivresse, on les appelle *vertiges alcooliques;* et toujours ils se produisent à la suite de grands excès de boisson. On les observe chez des individus qui font continuellement usage des alcools. Ces individus agissent et parlent d'une manière saine en apparence; ils semblent bien se rendre compte de tous leurs actes, mais cependant ils donnent des signes de dérangement cérébral. A certains moments on dirait qu'ils sortent d'une espèce de sommeil et ils n'ont absolument

[1] Mémoire traduit de l'anglais par M. le Dr V. Parant, médecin de la Maison de santé de Toulouse.

aucun souvenir des faits et gestes qu'ils viennent d'accomplir; ils les nient complètement. La période pendant laquelle l'exercice de leur mémoire s'est trouvé suspendu peut durer plusieurs heures ou même plusieurs jours; la lacune est complète et l'inconscience absolument semblable à celle du sommeil. Pendant ce temps la mémoire et certaines fonctions cérébrales ont été suspendues, alors que l'activité des autres fonctions continuait comme à l'ordinaire.

Suivant toute probabilité, l'influence de l'alcool produit alors non seulement un ralentissement de la nutrition et de l'activité fonctionnelle du cerveau, mais une paralysie locale qui aboutit à la perte de la conscience et de la mémoire, et qui disparaît au bout d'un certain temps.

Lorsqu'un inculpé soutient qu'il n'a gardé absolument aucun souvenir des actes criminels qui lui sont reprochés, et qu'il dit vrai, il s'est trouvé probablement dans l'un des deux états en question, épilepsie ou alcoolisme. Mais la même perte de mémoire peut aussi se présenter chez des individus qui ne sont ni épileptiques, ni alcooliques. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile alors de déterminer à quoi cela est dû. Les traces d'épilepsie dans le passé, les habitudes d'ivrognerie en sont les causes pathologiques habituelles. Quelquefois encore on peut rencontrer cette perte de mémoire chez des individus qui ont eu quelque accès de maladie mentale, qui ont été frappés d'un coup de chaleur, d'une insolation, ou chez qui l'abus des boissons n'est que l'effet de la dégénérescence cérébrale.

Pour établir la réalité de la défaillance de la mémoire, il faut se livrer à une étude complète de l'individu et examiner entièrement tout son passé. Il faut la réunion d'un nombre important de témoignages pour montrer avec évidence que cet individu ne cherche point à simuler ou à induire en erreur; ce ne serait pas assez d'un seul élément de certitude et la vérité ne peut se dégager que d'un ensemble de faits.

Pour servir de base à nos considérations sur le sujet dont nous nous occupons, nous relatons les observations suivantes :

Observation I

Le sieur A... avait été plusieurs fois arrêté pour avoir volé des chevaux et chaque fois il soutenait qu'il n'avait aucune conscience de ce qu'il avait fait. Ce système de défense était regardé comme ridicule par la Cour et par

le jury, et chaque fois l'inculpé était frappé de condamnations dont la sévérité allait en croissant. Finalement il mourut en prison. A plusieurs reprises on avait, pour sa défense, établi que son père était un faible d'esprit qui était mort phtisique, et que sa mère, atteinte d'aliénation mentale pendant plusieurs années, était morte dans un asile. Dans son enfance il avait été élevé au milieu des privations et de la misère, vivant irrégulièrement, sans recevoir la moindre éducation. A seize ans, il s'était engagé et comme soldat avait eu à subir les intempéries, les insolations, diverses maladies. A cette époque il se mit à faire des excès de boisson. A vingt ans il prit la profession de cocher de fiacre, et dix ans plus tard il put s'établir à son compte comme loueur de chevaux. De temps à autre il faisait de grands excès d'intempérance, pendant lesquels cependant il continuait de se livrer à ses affaires, agissant d'une façon raisonnable et paraissant avoir conscience de ce qu'il faisait. Néanmoins il lui arrivait souvent de dire qu'il ne pouvait se souvenir de ce qui s'était passé pendant qu'il était sous l'influence de la boisson. Il était âgé de trente-quatre ans, lorsqu'un jour, après boire, on le vit conduire à son écurie des chevaux étrangers qu'il venait, disait-il, d'acheter. Le lendemain il n'avait aucun souvenir de ces incidents, et il fit tous ses efforts pour retrouver les propriétaires de ces chevaux afin de les rendre. Quand il était sous l'influence de l'alcool, s'il voyait un bon cheval attaché seul au bord de la route, il éprouvait, d'après ce qu'il semble, un désir intense de le prendre et de l'emmener. S'il conduisait un de ses propres chevaux, il s'arrêtait et le remisait dans une écurie, revenait prendre le cheval qu'il avait vu, ne tardait pas à le conduire chez lui à l'écurie et enfin retournait prendre le cheval qui lui appartenait. Mais le lendemain tout cela laissait dans sa mémoire une lacune profonde et il ne pouvait se souvenir de rien. En plusieurs circonstances il fit cependant preuve de prudence en ne prenant pas des chevaux dont il voyait les maîtres ou les conducteurs. Évidemment alors il pouvait se dominer. Mais, s'il ne se croyait vu de personne, il abandonnait toute circonspection, et montrait une audace incroyable en enlevant des chevaux même dans des voies très fréquentées. Que le propriétaire vînt alors à se montrer et à réclamer son bien, il le rendait et s'excusait en homme qui ne sait pas trop ce qu'il dit. Les reproches les plus graves ne faisaient sur lui aucune impression. Quelquefois, quand le cheval qu'il avait pris lui paraissait fatigué, il le conduisait dans l'écurie la plus voisine et donnait ordre d'en prendre un très grand soin. Une fois il contribua à rechercher un cheval volé et le retrouva dans une écurie où il l'avait placé lui-même quelques jours auparavant, ce dont il n'avait gardé aucun souvenir. Une autre fois, il vendit un cheval qu'il avait volé, mais il ne voulut pas être payé, faisant à l'acquéreur une condition de le lui ramener si l'animal ne convenait pas. Tous ses marchés de chevaux étaient généralement conclus de cette manière. On ne pouvait comprendre les motifs qui le faisaient agir : il ne mettait aucun soin pour se cacher, et quand il reprenait possession de lui-même, à la suite de ses excès d'alcool, il faisait les plus grands efforts pour restituer, il exprimait tous ses regrets, et payait largement les dommages causés. Cette manière de faire est un motif puissant de le croire en ce qu'il disait qu'il n'avait pas conscience de ses actes, bien que cependant sa lucidité apparente ait pu donner le change sur la condition réelle de son état mental. La pré-

disposition héréditaire, la tendance dipsomaniaque, la nature des délits, la conduite de l'individu, tout justifiait l'allégation d'inconscience. Cet homme avait du vertige alcoolique avec kleptomanie.

Observation II

Le sieur B..., sujet de la deuxième observation, subit la peine de mort pour avoir assassiné sa femme. Il avait affirmé avec énergie qu'il n'avait ni souvenir, ni conscience du meurtre, non plus que des incidents qui l'avaient précédé ou suivi. L'instruction de son affaire avait indiqué que depuis dix ans, à la suite d'une insolation, il s'était mis à boire. Il le faisait par périodes, qui duraient de huit à dix jours, pendant lesquelles il était très excitable et très remuant. Il paraissait alors rester sain d'esprit et avoir pleine conscience de ce qu'il faisait et de ce qui se passait autour de lui, bien qu'il fût très défiant, très irritable et très violent à l'égard de ses camarades. Au contraire, quand il était à jeun, c'était un homme bon, généreux, plein d'abandon, qui ne témoignait jamais ni irritation, ni colère. Il prétendait qu'il ne se souvenait aucunement de ce qu'il faisait dans les périodes d'excitation. Son caractère, son impressionnabilité, sa conduite changeaient alors profondément, pendant que son intelligence semblait devenir plus vive et plus capable de bien apprécier tout ce qui se passait. Il menait ses affaires avec son habileté habituelle, mais il ne pouvait tenir les promesses verbales qu'il faisait, disant qu'il n'en avait gardé aucun souvenir. Tous ceux qui traitaient avec lui pendant qu'il était sous l'influence de la boisson avaient soin de passer par écrit tous les marchés et tous les contrats qu'ils faisaient ensemble, parce que, dans les périodes de sobriété, il eût nié les avoir faits. Quand il n'avait point bu, il tenait toujours à la lettre ses paroles et ses promesses. Il lui arriva, étant pris de boisson, de briser tous les meubles de son salon, d'injurier un de ses meilleurs amis, de se laisser aller à la violence sans aucune cause, et de soutenir ensuite qu'il ne s'en souvenait pas. L'accès passé, il se montrait tout chagrin et cherchait le moyen de réparer le mal qu'il avait fait. Finalement il frappa sa femme à coups de chaise et la tua. Le lendemain, quand il revint à lui, il se trouva en prison et manifesta le plus profond chagrin. Tout en déclarant qu'il n'avait aucun souvenir de son crime, il supporta avec résignation la sentence de mort prononcée contre lui. Cet homme était un dipsomane intermittent, avec tendances maniaques et homicides. Les contrastes de sa conduite, les actes déraisonnables auxquels il se livrait sans aucune cause, indiquaient un état de vertige. La manière dont il agissait après ses accès, les efforts qu'il faisait pour connaître les méfaits dont il s'était rendu coupable et pour les réparer, indiquaient bien réellement que sa mémoire était en défaut.

Observation III

Le sieur C... était un homme riche et estimé, qui contrefit un billet à ordre pour une grosse somme, se le fit payer, et partit ensuite pour aller en visite dans une ville éloignée. Il fut arrêté, jugé et condamné à la pri-

son. Pour sa défense il soutint qu'il n'avait ni souvenir, ni conscience de son acte, qu'il avait commis à la suite d'excès de boisson. Ce système fut regardé comme ridicule. Bien qu'il eût absorbé beaucoup d'alcool à l'époque de son acte criminel et antérieurement, il paraissait jouir de toute sa raison et n'agissait aucunement en homme qui ne se serait pas rendu compte de ce qu'il faisait. Son père et sa mère étaient des névropathes. Il se mit à boire dès sa jeunesse, cependant il le fit d'abord avec une certaine modération. Il put avec succès diriger une manufacture, et ce n'est guère que dans les cinq dernières années qu'il avait fait des excès. Il se plaignait de perdre la mémoire pendant ses accès dipsomaniaques, et ensuite il avait besoin qu'on le mît au courant des affaires et des marchés qu'il avait conclus à ce moment. Dans une certaine circonstance il alla à New-York faire des achats absurdes qu'il ne put se rappeler. Plusieurs fois il lui arriva de renvoyer de bons ouvriers, qu'il reprenait ensuite lorsqu'il redevenait sobre, sans pouvoir indiquer pourquoi il les avait renvoyés. Ces actes très étranges, et bien d'autres, devinrent plus nombreux à mesure que se multipliaient les excès de boisson. Pendant les crises il paraissait avoir pleine conscience de lui-même; il agissait d'une manière soudaine, absolument impulsive. C'est hardiment qu'il présenta le billet contrefait, sans prendre la moindre précaution pour cacher sa présence et le lieu où il se rendait. Après son arrestation, il se montra très anxieux et ne pouvait croire qu'il eût fait un acte aussi déraisonnable. Dans ce cas il s'agissait bien réellement de vertige alcoolique, et tout y justifiait que le coupable n'eut aucun souvenir de son acte criminel.

Dans les trois observations dont nous venons de parler, tous les faits et toutes les circonstances des crimes prouvaient que les inculpés disaient vrai en affirmant qu'ils ne se souvenaient de rien. Il faut du reste que, lorsqu'un individu accusé de crime ou de délit, soutient qu'il n'a pas gardé souvenir de ses actes, une investigation attentive vienne justifier que cela est bien réel et bien vrai.

Les observations suivantes concernent des cas où il était impossible d'admettre que les individus eussent perdu le souvenir de leurs actes.

Observation IV

Un ivrogne dans une rixe tua son adversaire, et fut condamné pour ce fait à la prison perpétuelle. Il soutint qu'il n'avait aucun souvenir de ce qu'il avait fait. Je reconnus que dans ses accès d'ivresse il paraissait tout à fait conscient de ses actes, qu'il s'efforçait de dissimuler son état réel, et que, s'il lui arrivait de commettre alors quelque méfait, il s'efforçait d'en donner réparation et d'empêcher qu'il ne s'ébruitât. Quand il avait bu, il divaguait complètement, mais cependant s'il rencontrait quelqu'un envers qui il devait être respectueux, il se contenait immédiatement. Après son meurtre, il redevint sobre, et fit tout ce qu'il put pour en faire disparaître les

traces. Ce crime était un accident, et cependant il s'efforça de le dissimuler, il s'enfuit, changea de vêtements et fit tous ses efforts, pour cacher son identité. Au moment où on l'arrêta, il soutint qu'il ne se rappelait pas ce qu'il avait fait; mais ses dires étaient évidemment faux et tout les contredisait.

Observation V

Récemment un sieur F... tua son associé dans un moment où tous deux étaient ivres. Il mit tous ses soins à dissimuler son crime et à cacher la victime et, quand il crut avoir bien pris ses précautions, il s'en alla. Son système de défense fut le même que celui du précédent; mais toute sa vie passée allait à l'encontre de ses allégations. Il fut condamné à mort et exécuté. Assurément il est possible qu'un état de vertige se produise inopinément et qu'un crime soit commis à ce moment même; toutefois l'étude des cas de ce genre montre qu'il y avait prédisposition et que les lacunes de la mémoire se sont formées peu à peu, ne durant d'abord que peu d'instants, et prenant par la suite une durée de plusieurs heures et de plusieurs jours. Si les antécédents n'établissent pas la possibilité de l'état de vertige avant le moment du crime, il est très difficile d'établir que cet état se soit produit pour la première fois à ce moment même, et qu'il ait environné le crime dans toutes ses circonstances.

Il me semble que dans les cas de ce genre, où le même argument est invoqué comme moyen de défense, on peut déterminer des groupes qui ont pour particularités communes certains signes de dégénérescence. J'ai essayé de reconstituer ces groupes au point de vue clinique, et je présente mon essai uniquement comme une esquisse pouvant servir de point de départ à une étude plus approfondie de la question.

J'estime que le plus grand nombre des ivrognes criminels qui cherchent à éviter la responsabilité de leurs actes en disant qu'ils ne s'en souviennent pas, sont des alcooliques déments. Ils sont dans un état d'alcoolisme chronique déjà ancien ; ils ont naturellement des défectuosités physiques ou mentales, et se livrent depuis des années à l'abus des alcools. Ils n'ont reçu dans leur jeunesse qu'une mauvaise éducation ; ils ont été mal entourés ; ils ont subi des privations, et tout cela les a rendus inévitablement déraisonnables, les a disposés à des infirmités cérébrales très complexes. De tels individus manquent presque toujours d'une conscience bien nette de leurs actes. Ils sont portés à agir d'une façon automatique, se laissant entraîner par des instincts bas, par des impulsions toutes fortuites. Le crime est comme un accident qui se produit autour d'eux d'une manière absolument inopinée. Ils

sont incapables de raisonner sainement et d'apprécier avec justesse les résultats de leur conduite. Le crime chez eux est sans raison, et tous les actes qui le suivent sont marqués au coin d'une grande indifférence. Ils ne cessent de côtoyer le crime et ne le trouvent jamais étrange ou extraordinaire. Étant donné l'état physique des individus, on peut toujours trouver une base plausible de vérité chez eux lorsqu'ils disent qu'ils ont perdu le souvenir de leurs actes. Rarement ils sont affectés de manie; mais ils sont sujets aux troubles sensoriels et à des tendances morbides de caractère mélancolique. Leur esprit, comme leur corps, est épuisé, affaibli, et il se laissent aller à agir sans opposer la moindre résistance.

Un second groupe de criminels, chez qui on rencontre la perte de la mémoire, sont des individus dont les crimes sont insolites, extraordinaires et imprévus. Dans l'état d'ivresse ils commettent inopinément un meurtre, un vol, un acte criminel qui est tout à fait en désaccord avec leur conduite antérieure. Chez eux l'état de vertige peut avoir existé un certain temps avant le crime et être passé inaperçu, à cela près que les individus disent qu'ils n'ont pas le souvenir de leurs actes. La nature insolite du crime, commis par des personnes qui n'avaient jusque-là aucune tendance criminelle, est un bon argument en faveur de la perte de la mémoire. La perpétration soudaine, irréfléchie, d'un crime appartient toujours à un état d'insanité mentale et d'incapacité de se dominer.

Un troisième groupe, différent du premier, comprend des individus qui généralement ne sont pas des imbéciles. Ce sont bien des ivrognes ; ils font de grands excès, mais ils ne se laissent pas aller jusqu'à l'hébétude. Cependant ils commettent leurs crimes d'une manière soudaine avec une froideur et une indifférence idiotes ; ils ne paraissent pas le moins du monde comprendre que leurs actes sont mauvais, et qu'ils peuvent en être punis. Jamais ils ne cherchent à dissimuler, et leur conduite ultérieure, ainsi que leur attitude, n'indique pas le moins du monde qu'ils comprennent ce qu'ils ont fait. On a dit que ces individus ont une sorte de paralysie morale, et leur état permet de croire que réellement ils ont agi sous l'influence d'un vertige.

Un quatrième groupe est relatif aux dipsomanes, à ces individus qui s'enivrent par intermittence et qui, dans l'intervalle de leurs accès, se montrent d'une grande sobriété. Ils commencent d'abord par boire beaucoup, puis ils boivent un peu moins et c'est alors qu'ils sont sujets à ces tendances violentes. Lorsqu'ils

commettent un crime dans cette période où leurs excès sont moindres, ils peuvent fort bien n'en conserver aucun souvenir.

On a encore observé d'autres cas où l'accès dipsomaniaque était précédé soit d'excitation mentale, soit de dépression; et c'était précisément dans cette période prémonitoire que le crime était commis, avant tout excès de boisson. Ce qui rend très probable qu'alors les individus étaient dans l'état de vertige, c'est le caractère en quelque sorte épileptique de leur conduite ultérieure. Dans ces conditions le vertige était comme une espèce d'aura, comme la paralysie cérébrale qui précède les accès d'épilepsie.

Dans quelques cas, avant l'explosion de l'accès dipsomaniaque, les individus ont l'esprit rempli de soupçons, de craintes, d'idées délirantes; ils sont très irritables et montrent une perturbation extraordinaire et inexplicable. Sans cause apparente, ils sont profondément excités ou déprimés, et alors ils peuvent commettre quelque crime; le besoin de boire arrive alors et plus tard l'esprit n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé; très probablement on était là en présence d'un état de vertige.

Dans ces derniers cas, le crime est généralement automatique; il n'est point commis du tout à la manière ordinaire des crimes. C'est qu'alors les centres cérébraux sont en état d'inhibition, et les impulsions irrésistibles ont libre carrière pour se produire. L'individu n'a plus conscience de ses actes ni de leurs conséquences. Suivant toute probabilité les lacunes vertigineuses et l'inconscience ne sont d'abord que de courte durée et elles deviennent plus prolongées à mesure que la vigueur mentale dégénère et s'affaiblit. L'obscurité qui plane sur les états de ce genre, l'incapacité où sont les individus de bien analyser ce qu'ils éprouvent, enfin le défaut d'études spéciales à leur sujet, augmente beaucoup la difficulté de les apprécier à leur valeur. En cherchant bien, on reconnaîtrait que le vertige est commun chez les ivrognes; mais on y fait rarement attention, à moins qu'on n'ait besoin de le faire au point de vue médico-légal. Dans un cas donné, ce qu'il faut pratiquement déterminer pour la justice, c'est l'état mental actuel d'un inculpé qui prétend ne pas se souvenir de son crime. L'évidence alors doit ressortir des circonstances et d'un ensemble de faits qu'on ne parvient pas à réunir et à grouper à moins d'une expérience scientifique toute spéciale. En se basant sur les circonstances générales du crime, sur ce qui peut donner l'apparence de la vérité aux allégations d'un inculpé qui

prétend ne pas se souvenir de ce qu'il a fait, les tribunaux peuvent ordonner d'office une expertise. Cela devrait avoir lieu dans tous les cas où l'inculpé ne peut lui-même en provoquer une, de la même manière que cela se pratique dans le cas d'aliénation mentale. Le résultat de l'expertise peut arriver à démontrer que réellement il y avait inconscience au moment du crime, ou bien que la prétendue perte de mémoire n'est nullement justifiée. Dans le premier cas, la responsabilité n'est plus la même et la peine doit lui être proportionnée. Comme en réalité les individus qui se trouvent dans ce cas là étaient de véritables aliénés au moment du crime, on doit, si cela est nécessaire, les soumettre pour un certain temps à une surveillance à la fois médicale et légale. Ils sont dangereux, et comme tels on doit les surveiller avec soin et les priver de leur liberté aussi longtemps qu'ils n'auront pas repris sur eux-mêmes un empire suffisant et qu'ils ne seront pas capables d'agir d'une manière raisonnable et normale. Ils sont des malades dangereux, et, comme les victimes des maladies contagieuses, ils doivent être internés dans une maison spéciale et traités en conséquence.

Leur sort à venir dépend de la disparition des causes qui les ont faits ce qu'ils sont. Le plus souvent on peut espérer obtenir pour eux une guérison durable.

On ne peut pas dire encore le nombre d'individus qui sont sujets au vertige alcoolique. Mais désormais on ne peut méconnaître qu'un certain nombre de criminels en sont réellement atteints, et leur état doit être l'objet d'une enquête sérieuse. On ne doit pas regarder comme un simple faux-fuyant, pour échapper à la répression pénale, leur allégation d'inconscience; on doit lui donner la même importance qu'à l'excuse de folie ou de légitime défense. Ce que nous en avons dit, n'est qu'un aperçu rapide sur un vaste champ d'études et de recherches médico-légales, où l'inconnu est très grand, et devant lequel on peut se trouver à chaque instant dans les affaires judiciaires. Nous devons donc étudier ce sujet avec une grande attention; les règles de l'humanité et de la justice nous en font un véritable devoir.

Les conclusions suivantes résument les particularités principales du vertige alcoolique et pourront servir de point de départ à des recherches plus complètes à son sujet.

1° L'état de vertige dans l'ivresse est une disposition cérébrale toute particulière, qui existe d'une manière incontestable.

2° Dans cette disposition cérébrale, il y a suspension de la mémoire et de la conscience des actes ou des paroles; les individus agissent d'une manière automatique, alors que cependant leurs apparences extérieures ne révèlent que peu ou point leur état réel.

3° Les fonctions des centres cérébraux supérieurs qui concernent la conscience de soi-même et l'empire sur les actes sont suspendues, tout comme dans l'état de somnambulisme ou d'hypnotisme. Cette disposition peut durer de quelques instants jusqu'à plusieurs jours; l'individu paraît alors être conscient, et agit naturellement, comme s'il était dans les conditions de sa vie ordinaire.

4° Dans l'état de vertige, un crime contre les personnes ou contre les propriétés d'autrui peut être commis sans motif apparent, sans préméditation évidente, d'une manière tout à fait imprévue et soudaine. Quand on examine de près un tel crime, on voit qu'il diffère des crimes ordinaires par son mode d'exécution; on voit aussi que le criminel n'avait pas conscience de la nature et de la portée de ses actes.

5° Le vertige terminé, l'individu ne se rappelle pas ce qu'il a fait. Il nie donc énergiquement qu'il s'en souvienne. Les modifications survenues dans sa manière d'être servent à confirmer ou non ses allégations.

6° Avant de s'en rapporter au dire d'un inculpé, il faut, en médecine légale, examiner soigneusement le fait d'une manière scientifique. La simulation n'est guère possible, cependant elle doit être déjouée par un examen tout à fait indépendant de ce que l'individu a pu alléguer pour sa défense.

7° Le crime ou les impulsions criminelles qui se produisent dans le vertige alcoolique sont le résultat d'influences inconnues et imprévues; l'individu doit être réputé dangereux et irresponsable comme un aliéné.

8° Les tribunaux et le jury doivent tenir compte de cet état, et mesurer la responsabilité et la peine suivant la mesure qui convient à chaque cas. Les inculpés ne doivent être ni punis comme des criminels, ni laissés en liberté comme des gens raisonnables. Ils doivent être soumis à un traitement dans des asiles spéciaux. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Christian pour la lecture de sa communication.

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

M. le Dr Jules CHRISTIAN, *médecin de la maison nationale de Charenton.* — Messieurs, la question des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale a été, depuis une trentaine d'années, l'objet d'un nombre infini de travaux ; et cependant, à l'heure actuelle, elle n'est pas résolue d'une manière définitive[1].

Si j'osais parler de moi, je dirais que mon opinion est faite : les conclusions, purement négatives, que je vous apporte, sont celles que je défendais déjà il y a dix ans[2]. Mais comme cette opinion n'est pas celle de tous mes collègues, il m'a paru que j'étais autorisé à porter devant le Congrès les pièces du procès, et à exposer une fois encore les arguments qui ont entraîné ma conviction et par lesquels je voudrais persuader mes contradicteurs.

L'historique complet de la question me ferait dépasser les bornes que je puis donner à cette communication. Je rappellerai seulement que déjà les plus anciens syphiligraphes savaient que la syphilis peut attaquer le cerveau et ses enveloppes. Il existe dans le *Sepulchretum* de Bonet, — dans les *Recueils* de Zacutus Lusitanus, — Fabrice de Hilden, — Morgagni, — Van-Swieten, etc..., de nombreuses observations de syphilis cérébrale, aussi caractéristiques que celles que l'on trouve dans les écrits de nos contemporains.

Il est à remarquer aussi que les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale, n'ont pas songé à mentionner la syphilis parmi les causes de la maladie. Calmeil[3] n'en fait pas mention ; Bayle[4] lui consacre à peine quelques lignes, pour dire qu'elle ne saurait être comptée au nombre des causes prédisposantes (p. 412).

(1) Il y a quelques mois à peine, elle était à l'ordre du jour de la Soc. de médecine mentale belge, séances de décembre 1888 et janvier 1889. — Tout récemment (mai 1889) dans la *Gazette hebdomadaire*, M. Mauriac lui consacrait une série de leçons. — Rappellerai-je enfin que l'Acad. de médecine a mis cette question au concours en 1888, et que M. Mesnet lui en a fait un remarquable rapport (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1888).
(2) *Ann. médic. psychol.* 1879, t. II, p. 307, et *Bull. de la Soc. de médecine de Paris*, 1880, p. 22.
(3) Calmeil. *De la paralysie chez les aliénés.* Paris, 1826.
(4) Bayle. *Traité des maladies du cerveau.* Paris, 1826.

L'idée d'une étiologie de cette nature n'a surgi que bien plus tard, à la suite de nombreux et importants travaux sur la syphilis cérébrale, qui se sont succédé pour ainsi dire sans interruption depuis 1850. Ce n'est que peu à peu, et en quelque sorte graduellement, que l'on voit se développer cette hypothèse, qui finit par devenir prépondérante. Si bien que, dès 1857, Essmarch et Jessen professent que la paralysie générale est *toujours* due à la syphilis. Telle fut aussi plus tard l'opinion de Kjellberg, et d'autres encore, qui affirmèrent que dans toute paralysie générale on trouve la syphilis, soit héréditaire soit acquise.

La réaction n'a pas tardé à se faire contre de pareilles exagérations, et il est assez intéressant de noter que ce sont les syphiligraphes eux-mêmes qui se mettent à les combattre. Voyez, par exemple, le beau livre de M. le professeur Fournier (*La syphilis du cerveau*, Paris 1879), et les leçons toutes récentes de M. Mauriac que j'ai citées plus haut.

Pour arriver à la solution du problème, il faut avant tout en poser nettement les termes. Quand on accuse la syphilis d'être la cause de la paralysie générale, ce n'est pas que l'on suppose qu'elle agisse comme cause débilitante générale, comme source de chagrins, de préoccupations, — car alors elle rentrerait dans le cadre de ces causes banales que nous invoquons pour masquer notre ignorance, et dont l'action réelle nous échappe. Non; ceux qui admettent la *paralysie générale syphilitique* croient que la méningite chronique, ou, si vous aimez mieux, la méningo-encéphalite, qui accompagne toujours la maladie, est une manifestation de la syphilis, au même titre que la gomme, que l'exostose : c'est là ce qu'il faudrait démontrer.

Et, dans ces recherches, il ne serait pas mal d'avoir toujours présentes à l'esprit les lignes que Virchow écrivait déjà en 1863 dans son *Traité des tumeurs* : « Beaucoup d'observateurs, dit-il, sont trop enclins à rapporter à la syphilis tout ce qui peut se rencontrer chez un syphilitique, ou tout ce qui cède à un traitement antisyphilitique ». L'on peut douter que les auteurs se soient tenus dans cette sage réserve.

Le principal argument, sinon le seul, invoqué par les partisans de la paralysie générale syphilitique, c'est l'existence antérieure de la syphilis chez le malade. Or c'est un fait qui ne saurait avoir une portée absolument démonstrative.

De ce que, chez un même individu, il y a eu, à deux périodes

successives de l'existence, d'abord une syphilis constitutionnelle, ensuite une paralysie générale, — il ne s'ensuit nullement que la seconde affection soit sous la dépendance directe de la première. Et quand bien même tous les paralytiques généraux, sans exception, auraient une syphilis quelconque, héréditaire ou acquise, dans leur passé, cela seul ne serait pas une preuve certaine.

On m'accordera certainement qu'il est bien peu d'hommes qui arrivent à l'âge adulte sans avoir passé par la rougeole et même par la scarlatine : il est donc permis d'affirmer que tous les paralytiques généraux ont eu, à un moment donné de leur existence, l'une de ces maladies, sinon les deux. Viendra-t-il à l'idée de personne de dire que la paralysie générale est une suite de la rougeole ou de la scarlatine ? C'est à dessein que je choisis cet exemple ; car il s'agit là de deux maladies infectieuses, qui, dans ces dernières années, ont été accusées par des observateurs distingués d'être une cause fréquente de l'épilepsie chez les enfants : si elles produisent l'épilepsie, pourquoi ne causeraient-elles pas une autre affection cérébrale ?

Encore sont-ce là des maladies dont on peut dire sans exagération qu'elles n'épargnent personne ; ce n'est pas le cas de la syphilis. Personne n'admet plus, j'imagine, que toute paralysie générale ait été nécessairement précédée par une syphilis constitutionnelle ; la coïncidence n'a lieu que dans un certain nombre de cas qu'il s'agit de déterminer, et les statistiques donnent des chiffres très différents.

Mendel, par exemple, dans son traité, dit que, sur 118 cas, il a rencontré la syphilis 90 fois, soit une proportion de 76 p. 100. Je suis bien loin d'être arrivé à un pareil résultat.

Sur 310 paralytiques généraux reçus et traités à Charenton depuis 1879, j'en ai noté 38 chez lesquels il y avait eu certainement une syphilis antérieure, soit environ 12 p. 100. Chez 11 autres malades, il y avait eu également des accidents vénériens, mais de nature douteuse.

Je n'ai pu savoir avec certitude s'il y avait eu véritablement infection, et dans quelques cas certainement il ne s'agissait que de simples blennorrhagies. En ajoutant ces 11 cas douteux aux 38 certains, on n'arriverait qu'à une proportion de 15,8 p. 100, chiffre encore bien éloigné de celui de Mendel.

Je ne donne ma statistique que pour ce qu'elle vaut. On peut lui faire les objections que l'on fait à toutes les statistiques, et je

suis loin de lui attribuer une certitude mathématique. Elle m'inspire une certaine confiance, et voici pourquoi : c'est que généralement on est bien renseigné par les familles, qui connaissent l'importance des antécédents vénériens, et fouillent soigneusement le passé du malade. C'est presque une chance heureuse d'y trouver la syphilis ; on s'y raccroche comme à une ancre de salut, parce que l'on espère merveilles du traitement spécifique.

Un autre motif, c'est que, sur 84 paralytiques généraux observés à Maréville (1876-79), il y en avait 10 qui avaient été infectés antérieurement : c'est encore une proportion de 12 p. 100 environ, presque la même qu'à Charenton.

Mais la question de nombre, de quelque façon qu'elle soit résolue, ne donnera jamais la solution du problème : M. le professeur Fournier l'a bien démontré.

Aussi a-t-on cherché des preuves ailleurs encore, notamment dans l'anatomie pathologique. Les artères du cerveau présentant dans la syphilis cérébrale des lésions qui offrent la plus grande analogie avec celles que l'on observe dans la paralysie générale, on a conclu, mais sans certitude aucune, à une identité d'origine.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, si la paralysie générale n'est syphilitique que dans un certain nombre de cas, nous sommes obligés d'admettre qu'il existe deux espèces de paralysie générale, l'une vulgaire, l'autre spécifique, — et entre ces deux espèces il doit y avoir quelques signes différentiels.

Or c'est là que commence l'embarras. Car malgré tous les efforts, personne n'est encore parvenu à découvrir ces signes. Erlenmeyer, qui a publié un travail important sur la question (*Die luetischen Psychosen*, *Corresp.-Blatt*, 1873) est obligé de reconnaître que le diagnostic différentiel est des plus difficiles, sinon même impossible ; il avoue que rien, absolument rien, ne distingue la paralysie générale que l'on croit syphilitique de celle qui ne l'est pas [1]. Et il finit par cette conclusion, que c'est surtout la coexistence de lésions syphilitiques évidentes dans d'autres organes (gommes, exostoses, ulcères, etc.) qui permet de se prononcer. Nous verrons tout à l'heure que ce signe lui même n'a pas une grande valeur.

Les partisans de la paralysie générale syphilitique ont raison en un point, quand ils disent que certaines affections cérébrales,

[1] Il n'y a qu'à lire les observations publiées tant par Erlenmeyer que par les autres auteurs.

manifestement, incontestablement syphilitiques, revêtent à s'y méprendre, le masque symptomatique de la paralysie générale vraie. Cela n'est pas douteux. Mais je crois avoir démontré, il y a quelques années déjà, et personne n'y a contredit, — « qu'il n'est aucune affection cérébrale, qui, à un moment donné, ne puisse se traduire par le syndrôme de la paralysie générale [1]. »

Il peut donc y avoir des encéphalopathies syphilitiques, simulant plus ou moins exactement la paralysie générale, mais cela ne peut être que pour un temps, les différences éclateront bientôt, la confusion sera dissipée.

C'est qu'en effet, il y a entre la paralysie générale et la syphilis du cerveau, des différences tellement tranchées, tellement profondes, qu'il m'est vraiment difficile de comprendre qu'on ait pu vouloir les confondre.

Quand la syphilis attaque le cerveau, elle a pour caractère principal d'être toujours une lésion localisée, limitée. Comme le dit le professeur Fournier, « la syphilis ne se propage jamais à toute la surface des méninges (p. 19) ; — la méningite syphilitique a pour caractère d'être habituellement partielle, c'est-à-dire circonscrite à une étendue plus ou moins limitée du cerveau, à une région (p. 26). »

J'ajouterai que la lésion syphilitique est, de sa nature, envahissante. Quel que soit l'organe, quel que soit le tissu dans lesquels elle débute, elle n'y restera pas circonscrite, mais elle s'étendra dans tous les sens, en profondeur et en surface, et sans respecter aucune limite. En d'autre termes, si nous supposons une gomme qui débute dans les méninges, nous la verrons successivement envahir la dure-mère, les os du crâne, et dans la direction opposée, le tissu cérébral; de telle sorte, qu'au bout d'un certain temps, il sera impossible de décider l'endroit précis où le mal aura débuté.

En est-il donc de même dans la paralysie générale? Tout au contraire. A quelque période de la maladie que l'on puisse examiner le cerveau d'un paralytique général, que son affection dure depuis des mois ou depuis des années, toujours l'on trouvera cette même méningite chronique, étendue à la surface des deux hémisphères, diffuse, symétrique — et ne dépassant jamais les limites des méninges.

(1) *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale*, in *Ann. méd. psychol.* 1884.

Je n'insiste pas sur les différences, dans les symptômes, la marche, les complications : dans la syphilis cérébrale, les lésions localisées, monoplégie, hémiplégie, etc., sont de règle, tandis qu'il est rare de les rencontrer chez le paralytique général. En outre, chez les différents syphilitiques, on observe une variabilité de symptômes qui s'explique, parce que le siège des lésions cérébrales, leur étendue, leurs rapports avec les organes encéphaliques, sont eux-mêmes infiniment variables.

Reste la pierre de touche du traitement. Quand il y a syphilis cérébrale, quelle que soit la gravité du mal, on peut espérer une guérison, et on l'obtient fréquemment.

Dans la paralysie générale vraie, le traitement le mieux conduit, le plus énergique et le plus rationnel, reste toujours impuissant. J'ai vu des centaines de paralytiques généraux auxquels le traitement antivénérien avait été appliqué dans toute sa rigueur, et sous la direction des maîtres les plus expérimentés, je n'en ai pas rencontré un seul, je puis l'affirmer, qui en ait retiré le moindre avantage. Quelquefois même j'ai dû me demander s'il n'en était pas résulté des inconvénients graves.

Il y a mieux : quand on se trouve dans les conditions indiquées par Erlenmeyer pour porter le diagnostic de paralysie générale syphilitique, c'est-à-dire, quand il y a, dans différents organes, des lésions syphilitiques manifestes, gommes, exostoses, ulcérations coexistant avec l'affection du cerveau, — on observe une guérison rapide de ces lésions sous l'influence du traitement spécifique, — mais la paralysie générale suit sa marche fatale, sans en être aucunement influencée. J'ai par devers moi de nombreux exemples où les choses se sont passées de la sorte.

De même, il arrive quelquefois, qu'appelé auprès d'un paralytique général, on institue un traitement antisyphilique, et qu'au bout de peu de temps une amélioration se produise, qu'une véritable rémission ait lieu. On triomphe, on se croit maître de la situation. Erreur : bientôt le mal reprend sa marche. Entre le traitement et la rémission, il n'y eu que simple coïncidence.

Ma conclusion sera courte, mais elle sera nette : c'est avec une conviction absolue que je me résume en disant :

La syphilis ne joue aucun rôle dans l'étiologie de la paralysie générale. (*Applaudissements.*)

M. Régis. — Je demande qu'on veuille bien remettre la discussion du mémoire de M. Christian après la lecture du travail de M. Mabille.

(Adopté.)

M. le Président. — La parole est à M. Mabille pour la lecture de son travail.

NOTE SUR LES MÉNINGO-ENCÉPHALITES SECONDAIRES DANS LA SYPHILIS DU CERVEAU [1]

M. le Dr H. Mabille, *médecin en chef, directeur de l'Asile de Lafond*. — La syphilis, outre les lésions propres bien étudiées par les auteurs et en particulier par M. Lancereaux et M. Fournier, détermine à la longue des altérations secondaires à tel point que M. Fournier a pu écrire « qu'on meurt rarement, pour ne pas dire jamais, de la syphilis cérébrale par le fait de lésions syphilitiques proprement dites, exclusivement syphilitiques, tandis qu'on meurt habituellement presque toujours par le fait de lésions vulgaires consécutives à des lésions syphilitiques et symptomatiques de ces dernières. »

Déjà, dans leurs remarquables observations, MM. Charcot et Gombault [2], étudiant la sclérose cérébrale disséminée d'origine syphilitique, notent des adhérences très circonscrites de la substance cérébrale avec les méninges développées autour des lésions syphilitiques.

De même dans les observations de Lépine et de Coyne [3].

Tous ces faits bien décrits dans la thèse de Mlle Herodinoff [4] et dont nous avons pu nous-même observer quelques cas, n'ont, il faut le dire, qu'un rapport éloigné avec l'affection connue sous le nom de paralysie générale progressive; ils en diffèrent essentiellement et par les lésions et par les symptômes.

Mais ils témoignent déjà de la facilité avec laquelle les lésions diffuses, très circonscrites, peuvent, à un moment donné, engendrer un état inflammatoire des méninges.

(1) Extrait d'un mémoire récompensé par l'Académie de médecine. (Concours pour le prix Falret, mention honorable 1888.)
(2) Charcot et Gombault. *Arch. de physiologie*. 1873, n° 2.
(3) Lépine et Coyne. *Leçons de Cornil*. 1879, p. 99.
(4) Mlle Herodinoff. *Thèse de Paris*. 1887.

Que les lésions syphilitiques du cerveau au contraire viennent à prendre une extension plus grande, les réactions de voisinage deviendront plus fréquentes, à tel point que M. Mesnet [1] a pu dire avec raison avec M. Fournier, dans son rapport à l'Académie de médecine sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis du cerveau, « qu'il est presque constant, dans les autopsies de cerveaux atteints de tumeurs, de trouver au voisinage des gommes, les méninges épaissies, sclérosées, adhérentes, reproduisant l'état anatomique de la symphise méningo-cérébrale ».

Nous croyons, en effet, qu'autour des lésions syphilitiques telles que gommes, exostoses, foyer de ramollissement, provenant d'une altération gommeuse ou d'une degénérescence des tissus cérébraux déterminée par des lésions vasculaires syphilitiques, peut se développer un foyer inflammatoire nouveau à forme parfois aiguë, la plupart du temps subaiguë, affectant des lésions et des symptômes ressemblant parfois à ceux de la paralysie générale, à tel point qu'il est souvent difficile, sinon impossible, de les étudier isolément, lésion secondaire d'irritation néo-formatrice, aboutissant en fin de compte au même résultat, mais étrangère à la syphilis en tant qu'élément anatomique et n'ayant avec elle que des rapports d'occasion.

Il n'est d'ailleurs pas très rare de rencontrer une méningo-encéphalite plus ou moins localisée et consécutive au ramollissement ou à l'hémorragie du cerveau.

Cette forme constituerait même la forme sénile de la démence paralytique (A. Voisin, Baillarger). En sorte que, comme le dit M. A. Voisin [2] il devient parfois difficile de distinguer la démence paralytique de la démence due à des lésions encéphaliques du ramollissement, surtout lorsqu'il survient des idées de grandeur.

Et M. Hayem pense que, dans ces conditions, un certain travail phlegmasique ne serait pas une rareté dans certaines périodes de la démence sénile [3].

« Si, dit-il, on enlève les méninges avec précaution, on trouve des *petits points adhérents* au niveau desquels la lésion corticale offre des ulcérations analogues à celles de la paralysie générale; mais elles ne sont pas aussi étendues que dans cette maladie et au microscope on trouve des lésions complètement analogues à

(1) Mesnet. *Rapport à l'Académie de médecine*, concours Falret, 1888.
(2) A. Voisin. *Traité de la paralysie générale.*
(3) Hayem. *Sur les encéphalites.* Paris, 1868, p. 96.

celles qui ont été données comme caractéristiques de la paralysie générale....»

En ce qui concerne la syphilis proprement dite, Van-Swieten [1] avait déjà émis l'idée d'inflammation du cerveau par contiguité, et Snell [2] arrive à penser que certaines formes de la syphilis sont capables de déterminer dans l'organe central des modifications persistantes prédisposant tout au moins à la paralysie générale.

Plus récemment, la même idée a été reprise par plusieurs médecins américains, ainsi que nous l'a fait connaître depuis l'envoi de notre travail à l'Académie de médecine, une analyse de M. Parant [3].

Nous croyons, pour notre part, que les lésions d'où dépendent les altérations consécutives des méninges, du cerveau, peuvent être rapportées à trois types distincts : les affections des os, les produits gommeux, les altérations vasculaires entraînant des altérations du cerveau, des méningo-encéphalites consécutives. L'affection peut prendre alors les deux formes principales suivantes : 1° la forme aiguë ; 2° la forme subaiguë se rapprochant de la forme chronique.

L'examen des observations publiées par les auteurs avec autopsie, les faits qui nous sont personnels, viennent à l'appui de cette manière de voir.

I. —*Aigus ou suraigus.* — Ce groupe comprend les observations telles que celles de Lallemand.

Un malade syphilitique est pris tout à coup de symptômes aigus avec céphalée, injection des yeux, chaleur vive de la peau, hébétude, convulsions des membres, paralysie, coma. La mort survient rapidement. A l'autopsie, gommes volumineuses avec méningo-encéphalite ou abcès au voisinage des lésions syphilitiques.

Il est certain qu'il ne saurait s'agir dans les cas de ce genre d'une affection ayant quelques points de rapport avec la méningo-encéphalite chronique ou paralysie générale des aliénés.

II. — *Cas subaigus et chroniques.* — Dans les observations de ce groupe le malade présente divers troubles datant de plusieurs an-

(1) Van-Swieten. (*Comm. in Bœrhav. Aph.* 142).
(2) Snell (in *All. Zeit. fur Psych.* XXV p. 343).
(3) *Congrès de médecine mentale amér.* 1888, *Anal.* in *Ann. méd. psych.* par Parant.



nées, imputables à la syphilis du cerveau: perte de mémoire graduelle, attaques épileptiformes, déviation de la langue, hémiplégie, gâtisme. Le coma survient et on trouve une inflammation du cerveau avec diffluence au voisinage de plusieurs tumeurs [comme dans l'observation de Bayle] (1).

Mais cette lésion secondaire peut consister aussi en altérations portant sur les méninges et les circonvolutions de la convexité et, fait véritablement important, cette méningo-encéphalite peut être localisée à un seul hémisphère. Tel le cas de Royer (2). :

« Surdité, vertiges, hémiplégie droite, exostoses aux jambes, convulsions épileptiformes, coma, mort. L'autopsie montre les membranes de *l'hémisphère droit* chroniquement enflammées, adhérentes avec le cerveau et cela au niveau d'une tumeur syphilitique volumineuse située à droite. *L'hémisphère gauche est absolument sain.* »

L'observation la plus concluante à cet égard est bien certainement celle de M. A. Voisin (3) : Femme syphilitique, céphalées, conscience de son état, diminution de la mémoire, embarras de la parole, ptosis, élévation de la température revenant fréquemment pendant plusieurs mois, coma, mort.

A l'autopsie, tumeurs gommeuses unilatérales dans la partie antéro-supérieure de l'hémisphère droit, avec méningo-encéphalite chronique *unilatérale* du même côté.

Ainsi, la tumeur syphilitique avait déterminé une méningo-encéphalite avec symphise des méninges, et les progrès de cette méningo-encéphalite peuvent, dans l'observation de M. A. Voisin, être encore suivis à la trace par les modifications de la température qui atteint fréquemment 38° 5.

De même aussi dans l'observation de B. Boll (4), on note chez un homme qui a les membres inférieurs parésiés, la mémoire diminuée, des troubles de la sensibilité générale, de l'embarras de la parole avec impossibilité de fermer la bouche qui reste béante, des élévations thermiques à une période avancée de la maladie.

Là encore les lésions de symphise méningo-corticale prédominent d'un *côté,* à *droite,* et c'est à la partie antérieure du *lobe*

(1) Bayle. *Nouvelle bibliothèque médicale.* 1825.
(2) Royer. In *Annales de thérapeutique*, t. V. 1847. p. 338.
(3) *Traité de la paralysie générale*, p. 289.
(4) B. Boll (service de M. Mureau (1855).

frontal droit, sur un point très rapproché de la ligne médiane, qu'il existe une tumeur syphilitique assez volumineuse.

Les observations de Zambaco [1], de Courtin [2], de Mackenzie [3], données par leurs auteurs comme des observations de paralysie générale syphilitique, sont entièrement analogues à celles qui précèdent.

Dans toutes on trouve toujours des troubles imputables à la syphilis et des symptômes cérébraux terminaux ressemblant plus ou moins à ceux de la paralysie générale.

Dans toutes aussi il y a ou des exostoses ou des gommes autour desquelles, les auteurs le spécifient nettement, les méninges se sont enflammées et ont adhéré au cerveau.

Ces faits ressemblent en plus d'un point aux observations de paralysie générale traumatique, comme celle que nous avons publiée nous-même et dont nous avons présenté les pièces anatomiques à la Société médico-psychologique [4].

Seulement, dans notre observation, la méningo-encéphalite avait été amenée par une inflammation de continuité due à un enfoncement de fragment osseux, tandis que dans les cas qui précèdent, c'est une tumeur syphilitique qui joue le rôle de corps étranger, sans qu'en réalité la syphilis puisse prétendre à une action spéciale bien manifeste.

Telle l'observation de Dreer [5] : symptômes de paralysie générale ; idées de grandeur, eschares. A l'autopsie, exostose sur l'os frontal droit de 2 cent. 1/2 de longueur ; du côté gauche trois éminences osseuses assez volumineuses.

« *Les méninges,* dit l'auteur, *étaient adhérentes au cerveau au niveau de ces altérations.* »

Telle encore l'observation de Meyer [6] : paralysie générale avec idées de grandeur survenant chez un syphilitique cérébral, et de Virchow [7], chez lesquelles on note l'existence de tumeurs gommeuses à la convexité avec inflammation adhésive au voisinage des tumeurs des méninges à la substance corticale.

(1) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris 1862, p. 323.
(2) Courtin, *Annales de thérapeutique*, t. VI, p. 14.
(3) Mackenzie. *The Cincinnati Lancet and Clinic 1880*, in *Arch. de neurologie*, 457, n° 3, 1880-1881.
(4) Mabille. *Paralysie générale traumatique*. Société méd. psycho. 1884, p. 57.
(5) Dreer, in *Arch. Ital.* 1869.
(6) Meyer, in *Allgemeine Zeitschrift fur Psych.* 1861.
(7) Virchow, in *Allgemeine Zeitschrift fur Psych.* 1861.

Dans d'autres cas, la lésion porte principalement sur les vaisseaux ; l'endo-périartérite avec ses conséquences se développe.

Je citerai par exemple l'observation personnelle d'une femme de vingt-neuf ans, entrée avec excitation maniaque, alternant avec des périodes de stupeur et refus des aliments, crises épileptoïdes à forme jacksonienne, hémiplégie transitoire à répétition, embarras de la parole survenu à la fin avec hébétude et incohérence des idées. Dans les derniers mois de l'existence, élévation très notable de la température, revenant fréquemment avec symptômes analogues à ceux de la paralysie générale [1].

A l'autopsie : artérite syphilitique des gros vaisseaux avec ramollissement de la frontale droite, de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante ; adhérences des méninges en ces endroits ; à gauche, altérations vasculaires limitées, avec ramollissement de la première pariétale, de la frontale ascendante et de la deuxième frontale. Adhérences au niveau des points de ramollissement.

Or ce n'est que dans les derniers temps de la vie, que le malade présente des symptômes identiques à ceux de la paralysie générale.

Chez une autre de nos malades[2], atteinte de délire des persécutions avec délire des grandeurs systématisé, ancienne syphilitique, il se développe, neuf ans après la séquestration, des accidents subaigus avec élévation thermique, embarras de la parole et symptômes de démence paralytique. — Les vaisseaux sont trouvés atteints d'endo-périartérite avec ramollissement de la troisième et de la deuxième circonvolutions frontales gauches, adhérence des méninges au niveau de ces circonvolutions. L'hémisphère droit ne présentait aucune de ces altérations.

Ajoutons qu'à l'examen microscopique, avec des altérations différentes, nous notâmes des lésions analogues à celles de la paralysie générale progressive.

Chez ces deux malades aussi, la courbe thermométrique a permis de suivre pas à pas l'évolution de l'affection.

Nous ne multiplierons pas les faits.

Nous avons voulu démontrer qu'autour des lésions syphilitiques, il peut se développer des lésions de méningo-encéphalite

[1] H. Mabille, in *Mémoire à l'Acad. de méd.* 1888, non publié.
[2] H. Mabille, in *Mémoire à l'Acad. de méd.* 1888, non publié.

plus ou moins circonscrites. Ces lésions sont comme le couronnement de la maladie, et nous rappellerons que M. Fournier note chez tous ses pseudo-paralytiques généraux d'origine syphilitique la symphise méningo-corticale.

Mais convient-il d'assimiler les faits de cet ordre avec les faits bien connus de paralysie générale progressive? Nous ne le croyons pas.

Dans les premiers temps de l'évolution syphilomateuse, on ne note en effet que des symptômes obscurs, indifférents, qui fixent à peine l'attention du malade et passent souvent même inaperçus au médecin. Puis surviennent la céphalée, l'hébétude, les symptômes de paralysie partielle avec complication d'idées délirantes variables ressemblant plus ou moins à celles de la paralysie générale.

Ce n'est que dans la dernière période de l'affection que syphilitiques cérébraux et paralytiques généraux se confondent dans la démence et le gâtisme ; ils arrivent l'un comme l'autre à la déchéance physique et intellectuelle la plus complète ; ils sembleraient presque appartenir au même groupe nosologique, si l'examen anatomique ne révélait les lésions cérébrales propres à chacun d'eux.

Et s'il nous était permis, pour terminer, d'émettre une opinion ayant trait aux rapports de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale, nous dirions volontiers :

Ou bien les lésions anatomiques observées sont celles de la paralysie générale, et alors rien ne vient différencier la paralysie générale d'origine syphilitique de celle qui ne l'est pas. La syphilis joue alors dans ce cas le rôle d'une cause quelconque ; ce serait une cause purement banale, agissant peut-être avec plus d'intensité chez les personnes atteintes d'hérédité congestive. Ou bien les lésions sont différentes et, avec ces lésions différentes, on observe des symptômes différant ou se rapprochant plus ou moins de ceux de la paralysie générale ordinaire, se confondant même parfois dans les dernières périodes de la maladie.

Et alors il devient nécessaire de rechercher quelles ont été les lésions primitives, quelles ont été les lésions secondaires, d'étudier avant tout la marche et la symptomatologie de l'affection, d'examiner si, à un moment donné de la maladie, la courbe thermométrique n'a pas présenté des élévations différentes de celles qu'on observe d'habitude dans la paralysie générale ordinaire.

Or, dans tous les cas *suivis d'autopsie* que nous avons pu rencontrer dans les auteurs, dans ceux qui nous sont personnels, nous avons trouvé les lésions de méningo-encéphalite généralement circonscrites au voisinage des lésions syphilitiques, portant même *fréquemment sur un seul côté du cerveau :* ce sont là des méningites deutéropathiques.

En sorte qu'on peut dire, croyons-nous, que si la communauté d'expression des symptômes rend le diagnostic différentiel difficile, souvent même impossible, surtout dans la période ultime de la maladie, la constatation anatomique des lésions propres à chacune des deux maladies suffit à les séparer l'une de l'autre. *(Applaudissements.)*

M. Gilbert Ballet. — Messieurs, étant donnée l'heure avancée, la discussion sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale ne pourrait être aujourd'hui que tronquée. Je demande donc qu'elle soit remise à la séance de demain matin.

(Adopté.)

La séance est levée à sept heures.

SEANCE DU SAMEDI MATIN 10 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE MM. FALRET ET SEMAL

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — DES RAPPORTS DE LA SYPHILIS ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE; discussion : MM. Régis, Ritti, Gilbert Ballet, Mabille. — Adoption d'un vœu relatif à la nomination d'une commission d'enquête internationale sur la question. — NOTE SUR LA SCLÉROSE DU POUMON CHEZ LES ÉPILEPTIQUES, par M. Mabille. — DES OBSESSIONS AVEC CONSCIENCE (INTELLECTUELLES, ÉMOTIVES ET INSTINCTIVES); discussion : MM. Charpentier, Falret, Legrain, Doutrebente, Paul Garnier, Régis. — Vote sur les conclusions du rapport de M. Falret. — MONOMANIE, par M. Clarck-Bell. — DES FOLIES MULTIPLES, par M. Saury. — DE LA CAPTIVATION; CRÉATION DE ZONES IDÉOGÈNES, par M. Ph. Tissié.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. PAUL GARNIER, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance. Ce procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, l'ordre du jour appelle la discussion sur la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. La parole est à M. Régis.

DES RAPPORTS
DE LA SYPHILIS ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

DISCUSSION

M. RÉGIS. — Il me paraît impossible d'accepter la conclusion si radicale et si absolue de M. Christian, et certains des arguments qu'il nous a fournis prêtent à la contestation.

Si les premiers auteurs qui ont parlé de la paralysie générale ont rarement mentionné la syphilis, c'est tout simplement qu' à cette époque la syphilis n'était pas nettement isolée des autres maladies vénériennes. Or, les expressions « excès vénériens, maladies vénériennes » figurent fréquemment dans les observations de Bayle. De même, il importe peu que certains syphiligraphes, à l'heure actuelle, fassent des réserves sur la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale. Les syphiligraphes, en effet, peuvent bien nous dire combien, sur un nombre donné de syphilitiques, il se rencontre de paralytiques généraux, mais ils sont hors d'état de nous fournir la statistique inverse et de nous dire combien, sur un nombre donné de paralytiques généraux, il se rencontre de syphilitiques. Les aliénistes seuls peuvent résoudre cette dernière question.

M. Christian, pour sa part, trouve une proportion de 12 p.100. Du reste, il se montre particulièrement sceptique sur ce point, car trouverait-il 100 syphilitiques sur 100 paralytiques généraux, qu'il ne croirait pas davantage à l'influence de la syphilis dans la paralysie générale. C'est reconnaître qu'on a une opinion arrêtée d'avance; car comment contester la valeur de pareils chiffres, surtout lorsqu'on trouve que, chez les aliénés ordinaires, la proportion des syphilitiques n'est plus que de 4 à 8 p.100 ?

M. Christian affirme que, cliniquement, les cas de paralysie générale attribués à la syphilis ne diffèrent pas des autres et il voit là une preuve nouvelle en faveur de sa thèse, que la paralysie générale n'est pas syphilitique. On pourrait tout aussi bien tirer de ce fait l'argument contraire et dire que si la paralysie générale syphilitique ne diffère pas de l'autre, c'est parce qu'elles sont toutes deux syphilitiques. Mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit.

Le principal argument de M. Christian est celui relatif au traitement. La paralysie générale des syphilitiques résiste au traitement mixte, donc elle n'est pas syphilitique. Il ne faudrait pas s'exagérer non plus la portée de ce fait. Est-il bien certain, d'abord, que la paralysie générale résiste toujours et complètement au traitement spécifique ? Et, s'il en est ainsi, est-il bien prouvé que le traitement spécifique vienne à bout de toutes les lésions syphilitiques ? Ce traitement n'a jamais guéri un cas de tabes, et cependant on est bien près d'être d'accord sur l'importance de la syphilis dans la genèse de cette affection.

En résumé, il me paraît que les arguments fournis par M. Christian laissent la question à peu près entière et qu'ils ne l'autorisent pas, en tout cas, à en tirer une conclusion radicalement négative.

M. Mabille, lui, a envisagé le problème au point de vue anatomopathologique. Il affirme que toutes les paralysies générales données comme syphilitiques sont constituées par des méningo-encéphalites plus ou moins diffuses, développées autour d'un foyer syphilitique antérieur localisé. Il y aurait donc là, anatomiquement et cliniquement, deux étapes : 1° une étape de lésions en foyer, avec des symptômes locaux correspondants ; 2° une étape de lésions diffuses, avec les symptômes généralisés de la paralysie générale.

Je ne vois, pour ma part, que deux façons d'expliquer les faits de M. Mabille. Ou la méningo-encéphalite diffuse, développée autour d'un foyer syphilitique, est elle-même syphilitique, et alors la paralysie générale ainsi produite est bien une maladie syphilitique ; ou cette méningo-encéphalite est une lésion consécutive, mais non de même nature, et alors la paralysie générale est une maladie secondaire à une lésion syphilitique. C'est ainsi, du reste, que paraît penser Mendel. Dans les deux cas, la syphilis joue le rôle capital.

Pour moi, je suis porté à croire à l'influence très réelle de la syphilis sur la production de la paralysie générale, mais sur certain terrain déterminé, le *terrain cérébral*. Les statistiques faites par les étrangers mettent unanimement en lumière la fréquence de cet antécédent. Pour ma part, je l'ai trouvé de 70 à 76 fois sur 100, 94 p.100, en tenant compte des cas probables, tandis que je ne le rencontrais que de 6 à 8 fois sur 100 dans la folie pure.

Il faut tenir compte aussi de ce fait, connu depuis longtemps, que les femmes les plus exposées à la paralysie générale, sont celles qui se livrent à la débauche, source habituelle de la syphilis. Dans la maison de santé où je me trouve, il n'y a eu, en 45 ans, que deux paralytiques femmes : toutes les deux avaient eu la syphilis. De même, depuis que l'attention est attirée sur les cas de paralysie générale précoce, on s'aperçoit qu'ils surviennent de préférence chez des syphilitiques, personnels ou héréditaires.

Ce sont là, évidemment, des particularités qui, réunies, ont leur valeur. J'y ajouterai, à titre de curiosité, un fait dont M. Bé-

lières, empêché, m'a prié de vous donner connaissance. Vous avez pu voir, dans l'intéressant ouvrage de cet auteur et de M. Morel-Lavallée sur la question qui nous occupe, le cas de trois jeunes gens qui, ayant contracté la syphilis avec la même femme, sont devenus, l'un paralytique général probable, les deux autres, paralytiques généraux avérés. Depuis la publication de l'ouvrage, M. Bélières a retrouvé un quatrième individu qui, contaminé par la même femme, vient d'être pris, lui aussi, de paralysie générale. M. Bélières en est à se demander s'il est des syphilis plus cérébrales que les autres ; je crois, pour ma part, qu'il est des syphilitiques plus cérébraux que d'autres.

En résumé, dans l'état actuel des choses, la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale ne peut être résolue au point de vue scientifique. Il faut commencer par se rendre compte, d'une façon exacte, de la fréquence de l'antécédent. Ce point éclairci, et s'il est prouvé, comme je le crois, que la syphilis se retrouve très fréquemment chez les paralytiques généraux, on aura déjà fait un pas en avant dans la solution de la question, et il restera alors à la résoudre au point de vue anatomique.

M. Ritti. — Si les conclusions que M. Régis tire de ses statistiques sont exactes, je lui demanderai alors comment il se fait que la paralysie générale soit si rare chez les Arabes, alors que chez eux la syphilis est si fréquente. On peut en dire autant des Serbes. Notre excellent collègue, M. Milan Vassitch, bien placé pour le savoir, m'a affirmé, il y a quelques jours à peine, que la vérole était très répandue chez ses compatriotes, mais qu'on observait très rarement parmi eux des paralytiques généraux.

M. Gilbert Ballet. — D'après les communications qui viennent d'être faites, on voit que le dissentiment est aussi formel que possible entre les divers observateurs sur cette question, capitale cependant, des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. Les divergences en effet sont radicales, puisque nous voyons, par exemple, M. Christian exonérer d'une façon à peu près complète la syphilis, tandis que M. Régis ne semble pas éloigné de considérer l'encéphalite interstitielle diffuse comme une manifestation de cette dernière maladie. En présence de pareilles contradictions, de quel côté devons-nous chercher la lumière ?

En l'état actuel des choses, *l'anatomie pathologique* à laquelle il semble naturel de faire appel tout d'abord, ne me paraît pas

devoir nous tirer d'embarras. Sans doute les lésions bien et dûment reconnues pour syphilitiques sont en général des lésions localisées, circonscrites, massives en quelque sorte. Mais n'est-ce pas commettre une pétition de principe que de déclarer, comme l'a fait M. Mabille, que les altérations de la paralysie générale ne peuvent être spécifiques parce qu'elles sont diffuses? La question, en effet, est précisément de savoir si la syphilis n'est pas apte à déterminer de pareilles lésions. Placer la discussion sur le terrain anatomo-pathologique, c'est, à mon sens, s'exposer à la voir s'éterniser. On court le risque de jeter pendant longtemps dans le débat des arguments plus spécieux que démonstratifs, comme à l'époque où l'on cherchait à résoudre, à l'aide d'observations empruntées à une histologie relativement grossière, la question des rapports de la tuberculose et de la pneumonie caséeuse. Tant qu'on ne connaîtra pas le microbe de la syphilis, tant qu'on ignorera les moyens de le déceler au sein des lésions qui sont son fait, les arguments empruntés à l'anatomie pathologique ne sauraient nous fournir que de simples présomptions dans la discussion qui nous occupe.

On peut encore invoquer pour ou contre la spécificité de la paralysie générale des arguments empruntés à la *thérapeutique*. Dire que l'encéphalite interstitielle diffuse ne relève pas de la vérole parce que le traitement antisyphilitique, de l'aveu de tous, ne la guérit ni ne l'améliore, c'est être trop affirmatif. Quand les éléments nerveux ont été détruits par un processus, syphilitique ou non, il n'est pas de traitement qui les puisse reconstituer. C'est une raison pour qu'il n'y ait pas de rétrocession possible de par le fait de la thérapeutique spécifique, quand la paralysie générale est arrivée à une période avancée de son évolution. Il n'est pas de doses de mercure ou d'iodure qui puissent refaire un territoire cérébral ramolli à la suite d'une ischémie provoquée par artérite syphilitique : personne cependant ne songerait à nier, en s'appuyant sur ce fait, que ledit ramollissement ne relevât bien et dûment de la vérole.

En revanche, si la médication spécifique ne fait pas rétrocéder la paralysie générale (ce qui ne saurait surprendre), elle devrait l'arrêter dans son évolution, si celle-ci dépend de la syphilis. Or nul n'ignore que la paralysie générale, en dépit de la thérapeutique, poursuit, avec ou sans rémission, sa marche progressive. Il y a là un argument qui ne manque pas de valeur en faveur de

l'indépendance des deux affections qu'on voudrait rattacher l'une à l'autre. Mais cet argument, hâtons-nous de le dire, ne nous paraît pas suffisant, tant s'en faut, à trancher le point en litige.

En l'état, les *statistiques* seules me paraissent susceptibles de nous éclairer sérieusement. Je n'ignore pas combien celles qu'on a produites sont différentes les unes des autres. Si j'étais tenté d'oublier ces différences, qui parfois étonnent, les chiffres qu'ont apportés ici M. Christian d'un côté, M. Régis de l'autre, viendraient me les rappeler. Mais pour qu'une statistique soit vraiment significative et probante, il est nécessaire qu'elle remplisse certaines conditions. Elle doit tout d'abord porter sur des chiffres importants. Quelle peut être, par exemple, la valeur d'une collection de huit ou dix observations, comparativement à une collection de cent ou à plus forte raison de mille? Or il arrive quelquefois, grâce au procédé fallacieux et illusoire du pourcentage, qu'on met en parallèle des statistiques fort disparates quant au nombre des cas visés pour chacune d'elles.

D'ailleurs la qualité des observations n'a pas moins d'importance que leur nombre. Et lorsqu'on veut comparer entre eux des résultats, il serait nécessaire de s'assurer au préalable que les divers observateurs ont apporté à leurs recherches même rigueur et même soin. Est-il besoin de dire que pareille vérification est le plus souvent impossible? Pour ces diverses raisons, je crois que la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis est appelée à rester encore longtemps obscure, si nous nous en remettons du soin de l'étudier aux seuls efforts individuels et isolés.

Je pense qu'au contraire le Congrès pourrait faire œuvre utile en prenant l'initiative d'une vaste enquête internationale sur le sujet. La presque totalité des paralytiques généraux sont, ou hospitalisés, ou en observation dans les asiles publics ou privés. En quelques mois, si nous faisons appel aux aliénistes de France ou de l'étranger, nous pouvons, je crois, réunir un nombre très imposant de documents.

D'autre part, comme il importe que toutes les statistiques partielles soient dressées d'après une méthode uniforme, afin que l'on soit sûr de ne centraliser que des documents parfaitement comparables entre eux, il serait nécessaire, à mon sens, qu'une commission, nommée à cet effet, prît soin de rédiger un ques-

tionnaire, qui serait adressé aux différents médecins français ou étrangers susceptibles de concourir à l'œuvre commune.

Comme conclusion pratique aux quelques observations que je viens d'avoir l'honneur de présenter, je demande à soumettre au Congrès la proposition suivante :

Le Congrès prend l'initiative d'une enquête internationale sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

Une commission sera nommée à l'effet d'élaborer un questionnaire à adresser aux médecins français et étrangers ; elle prendra les mesures qui lui sembleront de nature à favoriser le succès de l'enquête.

M. Mabille. — Je commence par déclarer que je voterai les conclusions présentées par M. Ballet. Mais M. Ballet a fait d'avance le procès de la statistique en général, et particulièrement celui de la syphilis dans ses rapports avec la paralysie générale, en de si bons termes, qu'il faut, comme on vient de le dire, des qualités tellement multiples pour que cette statistique soit bonne, qu'on doit véritablement craindre que cette statistique idéale demeure à jamais introuvable.

La question se complique en effet à l'infini et pour ne prendre qu'un exemple, celui des femmes publiques syphilitiques qui sont fréquemment atteintes de paralysie générale, comment sera-t-il possible de dégager au milieu des causes nombreuses qui pourront s'ajouter à la syphilis la véritable cause de l'affection ? Pour les uns, ce sera l'alcool ; pour les autres, ce sera le manque de sommeil, les veilles, le surmenage, les excès vénériens, peut-être ? Est-ce que d'ailleurs les causes morales, telles que le chagrin, qui se rencontrent souvent chez ceux qui sont atteints de cette affection, ne peuvent pas être invoquées dans la genèse de la paralysie générale ?

Et lors même que l'on viendrait nous dire qu'il y a cent syphilitiques sur cent paralytiques généraux, il n'en demeurerait pas moins à démontrer que la syphilis, après l'exclusion de toute autre cause, engendre l'affection qui nous occupe.

D'autre part, bien qu'il soit parfois très délicat de reconnaître une lésion syphilitique d'une lésion qui ne l'est pas, il me semble que M. Lancereaux a fort bien étudié, pour ne citer que cela, l'artérite syphilitique dont le siège habituel est sur les artères de la base du crâne, ou sur les sylviennes, d'où rétrécissement pro-

gressif, occlusion, rupture, d'où ischémie, ramollissement et hémorragie. Dans l'artérite de la paralysie générale au contraire, les vaisseaux les plus ténus, les capillaires les plus fins sont atteints, sans qu'il y ait déchirure des vaisseaux ; le propre des lésions syphilitiques est, en effet, la tendance à la non organisation, à la fonte des éléments.

M. Régis a dit tout à l'heure que j'avais tenu à prouver l'existence de la paralysie générale secondaire d'origine syphilitique.

J'ai voulu en réalité, Messieurs, indiquer dans mon travail, que l'examen des observations de paralysie générale suivies d'autopsie, publiées par les auteurs ou personnelles, démontre qu'entre des lésions syphilitiques quelconques, il peut se développer des méningo-encéphalites secondaires généralement peu étendues, affectant souvent un côté seulement du cerveau. Or je n'ai jamais rencontré de paralysies générales *unilatérales*. Ces méningo-encéphalites affectent la plupart du temps la forme subaiguë avec exacerbations thermiques parfois considérables, ce qui les distingue de la paralysie générale ordinaire.

Elles s'en distinguent par la marche antérieure de la maladie et par la nature des symptômes étrangers à la paralysie générale ordinaire et il devient souvent très difficile, surtout dans les derniers temps de l'affection, de les différencier d'une façon satisfaisante. Mais les lésions anatomiques restent différentes.

Or, quand les lésions sont celles de la paralysie générale ordinaire, rien ne permet de prouver le rôle efficient de la syphilis qui pourrait agir à l'instar d'une foule d'autres causes, chez les prédisposés congestifs par exemple, sans que pour cela il soit nécessaire d'admettre l'existence d'une paralysie générale syphilitique.

M. le Président. — Messieurs, on me demande de divers côtés qui fera l'enquête proposée par M. Ballet, qui nommera la commission chargée d'élaborer un questionnaire; je crois que la Société médico-psychologique de Paris me semble tout indiquée pour cette tâche. La proposition de M. Ballet ainsi amendée, je la mets aux voix.

(Adopté.)

M. le Président. — La parole est à M. Mabille pour une communication.

NOTE SUR LA SCLÉROSE DU POUMON CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

M. le Dr H. Mabille, *médecin en chef directeur de l'asile de Lafond*. — Messieurs, les lésions du poumon sont très fréquentes chez les épileptiques et, tout récemment, M. Féré (1) rappelait encore que la tuberculose se manifeste souvent dans cette affection.

Il est cependant une lésion, peu ou pas signalée par les auteurs, que nous avons eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de fois et sur laquelle M. Christian avait, il y a plus de dix ans, déjà appelé notre attention. Il s'agit de la sclérose du poumon chez les épileptiques.

Dans l'espace d'une année, nous avons pu constater l'existence de la sclérose du poumon chez plusieurs de nos malades adultes et nos deux derniers épileptiques décédés en étaient atteints. L'un était âgé de cinquante, l'autre de cinquante-neuf ans, l'épilepsie était congénitale.

Notre attention était donc à nouveau appelée sur ce point spécial que nous avons tenu à étudier sur nos épileptiques existants.

Chez un grand nombre dont la maladie remonte à de nombreuses années, nous avons noté la disparition du murmure vésiculaire ou son grand affaiblissement aussitôt après la crise, fait d'ailleurs conforme à celui signalé par M. Féré, lorsqu'il disait que la capacité respiratoire chez les épileptiques est plus faible que chez les personnes saines à la suite des accès, ce qu'il interprète en faveur d'un état parétique du thorax.

Chez d'autres malades au contraire, à la suite des crises, non seulement le murmure vésiculaire a diminué, mais encore la percussion, qui était normale avant l'attaque, accuse une diminution de la sonorité.

Parfois les troubles s'accentuent.

On voit apparaître des troubles plus saillants, dont M... offre le type le plus parfait.

9 février 1889. — M... vient d'avoir une crise à neuf heures et demie du matin, au moment de la visite. A l'auscultation immédiate, râles sous-crépitants fins à droite et à gauche, à la base, surtout à droite; diminution du murmure vésiculaire des deux côtés; sonorité très diminuée à droite.

(1) Féré, Société de biologie, 1889.

14 février 1889. — Trois jours après l'attaque, les râles ont disparu ; mais le murmure vésiculaire est à peine sensible et la percussion indique une diminution de la sonorité du côté droit.

25 février. — Auscultation aussitôt après la crise. *Quelques râles fins à droite*, qui disparaissent d'ailleurs très vite.

Il nous a été donné pour ainsi dire d'assister à la production de ce dernier symptôme.

Le 18 avril 1889, notre distingué collaborateur, M. le Dr Lallemant, auscultait M... et n'avait entendu *aucun râle* dans la poitrine, quand tout à coup M... fut pris d'une crise d'épilepsie.

Ausculté immédiatement après la crise, M.. *a des râles sous crépitants aux deux bases*, qui se manifestent surtout lorsque le malade fait de grandes inspirations.

Du reste, depuis plusieurs années, le surveillant attaché à son service nous dit que M.., après la crise, est souvent pris d'accès de toux qui durent parfois près d'une heure. Nous avons assisté, nous-même, à ces crises de toux à plusieurs reprises, toux suivie d'une rare expectoration.

Ajoutons que M... a le nez cyanosé, des varicosités de la face et que le cœur, à battements faibles, paraît légèrement dilaté à droite, sans toutefois qu'il y ait d'œdème des membres, et que l'examen des crachats qui sont très rares, n'a pas révélé l'existence d'une affection bacillaire.

Le cas de M... nous rappelle celui de ce malade de l'asile de Vaucluse, observé par nous-même il y a huit ans, qui était pris d'accidents pulmonaires très intenses et très inquiétants. Ces accidents congestifs avec cyanose de la face disparaissaient au bout de deux à trois jours, et se reproduisaient à intervalles plus ou moins rapprochés, sans d'ailleurs qu'on eût pu noter chez le malade des lésions cardiaques pouvant expliquer la congestion du poumon.

On finit par découvrir que cet homme avait pendant la nuit des accès comitiaux et que, régulièrement, à la suite des crises, survenaient les troubles de la respiration précités.

Chez d'autres malades, outre la diminution de la sonorité, on trouve parfois de l'exagération du bruit respiratoire avec respiration un peu soufflée, cela en arrière, principalement du côté droit.

Mais le phénomène que nous avons observé le plus fréquemment, c'est la diminution de l'élasticité pulmonaire avec matité ou submatité, occupant le lobe moyen à droite. La respiration peut alors faire complètement défaut en ces endroits.

Chez ces derniers malades, la face est habituellement et légèrement cyanosée.

Quant aux lésions du poumon à l'autopsie, tantôt c'est une sclérose véritable envahissant tout un lobe (cas de la femme G..., sclérose du lobe moyen droit avec dilatation légère des bronches en certains points); tantôt, au contraire, un lobe du poumon est comme carnifié, sans que des troubles antérieurs aient pu révéler une affection aiguë; tantôt, au contraire, mais plus rarement, on peut rencontrer des traînées dures dans l'étendue du parenchyme pulmonaire. L'examen histologique nous a démontré que la lésion principale porte, dans tous ces cas, sur le développement plus grand du tissu fibro-conjonctif.

Ces faits n'ont d'ailleurs rien qui doive surprendre.

Depuis longtemps déjà, on sait que, dans la forme tonique de l'accès épileptique, il y a arrêt complet et momentané dans les fonctions de la respiration et M. Vulpian [1] dit que cette suspension paralytique des mouvements respiratoires est due probablement à une excitation du centre respiratoire, excitation semblable à celle que détermine la faradisation du bout supérieur du pneumogastrique. Il convient d'ajouter toutefois que MM. Pitres et Franck n'admettent pas l'existence de ces centres respiratoires.

Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins démontré, comme le dit M. F. Franck [2], que, pendant la phase tonique des accès généralisés, « les parois thoraco-abdominales participent à la contracture générale; la conséquence de cette suspension de la respiration est nécessairement *l'état asphyxique du sang* et cette modification devient à son tour le point de départ de troubles cardiaques (ralentissement) et vaso-moteurs (spasme vasculaire) ».

Il peut donc, à la suite d'une crise ou d'attaques répétées d'épilepsie, se porduire des stases du poumon, ce qui peut-être explique aussi la diminution de la capacité respiratoire constatée par M. Féré après la crise. De là les râles qu'on observe, comme cela a lieu dans l'œdème pulmonaire chronique avec la submatité, la diminution ou la disparition des bruits respiratoires.

De plus, la régression totale des produits pouvant ne pas avoir lieu, les éléments du tissu conjonctif prolifèrent en donnant naissance à un tissu fibreux qui s'organise autour des bronches ou des vaisseaux; l'acheminement progressif vers la sclérose du poumon avec son cortège de symptômes habituels est constitué.

(1) Vulpian. Académie des sciences, 1885.
(2) F. Franck. Société de biologie, août 1888.

La dilatation du cœur droit peut alors devenir un accident secondaire dû à l'insuffisance du poumon.

On conçoit donc que la gêne circulatoire, soit pulmonaire, soit cardiaque, mais surtout pulmonaire, croyons-nous, puisse amener la cyanose de la face, comme cela se rencontre fréquemment chez les épileptiques en dehors des crises.

Peut-être aussi les lésions scléreuses du poumon avec leur retentissement cardiaque pourraient-elles rendre compte d'un certain nombre de cas de mort subite chez des épileptiques, que n'expliquent ni l'intensité des crises, ni l'étendue des lésions cardiaques; peut-être aussi les congestions répétées du poumon, venant se greffer sur un organisme épuisé, viennent-elles créer un milieu plus favorable au développement de la bacillose.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° La sclérose du poumon est relativement fréquente chez les épileptiques.

2° Cette sclérose paraît engendrée par la stase pulmonaire qui survient à la suite des crises, et peut à son tour amener par insuffisance du poumon des troubles circulatoires et contribuer à expliquer certains cas de mort subite qui surviennent chez certains épileptiques. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion sur les conclusions du rapport de M. Falret sur les obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). La parole est à M. Charpentier.

DES OBSESSIONS AVEC CONSCIENCE
(INTELLECTUELLES, ÉMOTIVES ET INSTINCTIVES)

DISCUSSION

M. Charpentier. — Ce n'est pas sans quelque appréhension que je me suis fait inscrire pour exposer, sinon soutenir par des observations, car ni le temps ni l'espace ne me le permettraient,

des vues un peu différentes de celles de MM. Falret et Magnan. Si grand que soit mon respect pour ces deux illustres cliniciens, si faible que soit mon expérience comparée à la leur, je suis néanmoins, de par les faits que j'ai observés, obligé de m'écarter quelque peu de ces deux maîtres.

Des huit conclusions de M. Falret, il en est quatre que je ne peux accepter, sans faire de nombreuses réserves. Ce sont la deuxième, la cinquième, la sixième, la septième; les quatre autres, quoique non *obsédantes*, s'imposent tant par leur exactitude que par leur conformité avec les données de la clinique.

La deuxième conclusion est ainsi formulée: « Elles sont héréditaires ». Oui, il y a des malades à obsessions, dont les parents ont pu présenter les mêmes obsessions, soit d'autres, ou bien d'autres troubles psychiques ou névrosiques, mais j'ai par devers moi des cas nets d'obsession sans hérédité aucune. C'est toujours un côté du même problème général : avant la naissance de l'hérédité pathologique, il a dû y avoir un ancêtre qui ne la présentait pas.

La conclusion cinquième est celle qui m'a le plus surpris : « Les obsessions ne présentent jamais d'hallucination ». Je m'étais jusqu'à présent habitué à employer dans le langage les expressions d'hallucination obsédante, d'obsession hallucinatoire, pour caractériser cette *variété* d'hallucinations d'un seul sens, toujours la même, s'accompagnant toujours du cortège *émotionnel*, avec intégrité de la conscience, mais dans certains cas n'entraînant aucune idée délirante consécutive ni *adjacente*.

Les circonstances les plus fréquentes où elles se présentent, en dehors de l'état de veille, sont le début ou la fin du sommeil, et entre les sommeils, si la nuit se compose d'une succession de sommeils multiples et entrecoupés; ce sont le plus souvent des hallucinations d'un seul sens, le plus souvent de la vue, et de nature terrifiante; elles peuvent entraîner l'insomnie, ou un état de mélancolie anxieuse, pouvant aller même jusqu'à l'excitation maniaque; elles peuvent finir par faire croire au malade à leur réalité, lui occasionner un délire mystique ou de persécution; elles peuvent engager le sujet au noctambulisme ou à la recherche de l'ivresse, soit par peur de rentrer au logis, soit pour se procurer un sommeil artificiel. Les expressions hypnagogiques, hypnexodiques leur ont été justement appliquées.

Cette même obsession hallucinatoire peut se présenter *tout au début* de *l'intoxication* cérébrale alcoolique surtout, mais dans

les autres *intoxications* cérébrales aussi; elle peut se montrer tout à fait à la fin du délire alcoolique et, dans ce cas, le malade fait tous ses efforts pour la dissimuler; elle apparaît *aussi* à la fin des délires infectieux, de certaines maladies générales ou *locales* aiguës.

La conclusion sixième, du moins la dernière phrase: « Les obsessions ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales », a rappelé à mon souvenir les obsessions *non* hallucinatoires au début de certains cas de paralysie générale, au début d'excitations maniaques indéterminées, au début des délires alcooliques et même au début de *certains* cas d'épilepsie; telle une malade atteinte depuis trois mois de l'idée obsédante qu'on va l'étrangler, revenant à de longues *distances*, puis à des intervalles plus rapprochés; plus tard de la même obsession accompagnée d'hallucination de l'ouïe: «on va t'étrangler», puis de l'ouïe et de la vue; des hommes qu'elle voit lui disent: « on va t'étrangler, nous allons t'étrangler», ensuite les mêmes phénomènes suivis de perte de connaissance et délire transitoire consécutif. J'obtiens de la faire admettre dans le service de M. Moreau (de Tours) parce qu'un nouveau symptôme était venu se surajouter: crises épileptiques avec écume, morsure de la langue et délire de persécution transitoire consécutif, qui avait entraîné à des tentatives de suicide, motif de mon certificat. Cette malade a marché rapidement vers une démence précoce, elle a été transférée.

Et c'est cette démence *précoce* qui me conduit à la septième conclusion que je suis obligé de discuter: « Les obsessions n'aboutissent jamais à la démence». Ici intervient une question de mots. Cette conclusion est vraie, si obsession et idée fixe ont une même signification; mais pour ma part je distingue entre les deux, attendu qu'il y a des idées fixes sans cortège émotionnel: telles sont certaines idées aiguës ou chroniques de *mégalomanie* ou de persécution; et, si cette réserve dans la dénomination m'est accordée, je suis bien obligé de me rappeler certains malades déments, que je n'ai observés qu'en état de démence et à propos desquels la famille me fournissait des renseignements nombreux et très détaillés touchant des obsessions antérieures à leur maladie, à leur état démentiel, et souvent très antérieures, obsessions souvent même hallucinatoires.

Bref, si parfois l'obsession constitue uniquement toute la vie pathologique d'un sujet et peut à ce titre être considérée comme

une forme morbide, une entité morbide, une maladie mentale, ce que je ne conteste pas, fréquemment elle constitue un symptôme avertisseur, précurseur de loin ou bien prodromique dans un temps prochain, ou encore consécutif au déclin de troubles cérébraux nombreux; et, si j'allais au delà de mon observation personnelle, je serais presque tenté de dire que l'obsession pathologique constitue un symptôme qui peut se retrouver dans toutes les maladies mentales avant, pendant ou après. Mais si une telle conception m'éloigne des conclusions de M. Falret, elle ne me rapproche pas pour cela des idées de M. Magnan, qui, du moins d'après ses derniers travaux, a séquestré l'obsession dans la folie des dégénérés; je ne peux accepter cette idée: 1° parce que je n'admets pas cette folie au sens large, *trop vaste, trop compréhensif,* renfermant les états morbides les plus disparates, sous le fallacieux prétexte que ces troubles peuvent *évoluer* en plus ou moins grand nombre sur un même sujet; 2° parce que, même en acceptant cette forme, qui serait acceptable si elle était plus précise, plus restreinte, moins extensible, moins diffuse, à contours plus limités, je suis toujours forcé de me rappeler que l'obsession se rencontre, comme je l'ai dit plus haut, dans beaucoup d'autres maladies mentales ou troubles mentaux et peut-être dans tous.

Je termine, Messieurs, en me permettant de fixer votre attention sur certaines coïncidences que j'ai trop fréquemment observées, peut-être, parce que je les ai toujours recherchées, pour ne pas les mentionner, entre l'obsession et les troubles menstruels, les dyspepsies, les vertiges, les étourdissements et surtout l'incontinence nocturne de la deuxième enfance se terminant à la puberté.

M. J. Falret. — Messieurs, je vais essayer de répondre aux diverses objections faites par M. Charpentier aux conclusions de mon rapport.

Notre collègue m'objecte en premier lieu qu'il a observé des cas très nets d'obsessions sans aucune hérédité. A cela je réponds que ces cas, s'ils existent, sont extrêmement rares et que, du reste, rien n'est plus difficile que de constater l'absence d'hérédité nerveuse dans une famille d'aliénés. La plupart des parents ignorent le fait même de l'hérédité; d'autres le cachent avec intention; et d'autres enfin ne remontent pas assez haut dans les ascendants pour reconstituer le tableau généalogique de la famille.

M. Charpentier m'objecte encore qu'il existe des malades atteints d'obsessions variées et qui sont en même temps hallucinés. A cela je réponds par l'existence des formes mixtes que j'ai eu moi-même le soin de signaler dans ma huitième conclusion, en constatant que certains malades présentent en même temps les obsessions mentales et le délire de persécution, fait sur lequel je crois devoir appeler l'attention des observateurs. C'est là un de ces exemples rares de la coexistence chez un même individu de formes mixtes, dont l'étude clinique peut servir à l'avancement de la science; car, comme on l'a dit souvent, c'est par l'étude des exceptions que les sciences progressent. Néanmoins personne ne contestera, en clinique, que les malades atteints d'obsession avec conscience, n'ont presque jamais d'hallucinations et qu'en général les deux phénomènes pathologiques s'excluent.

M. Charpentier m'objecte aussi que les malades atteints d'obsession avec conscience peuvent présenter d'autres formes de maladies mentales. A cela, je réponds encore que ce fait peut exister d'une manière exceptionnelle, mais que, dans l'immense majorité des cas, ces malades présentent, depuis la puberté jusqu'à leur mort, les mêmes caractères psychiques avec des alternatives de paroxysme et de rémission, mais sans modifications fondamentales, et que l'on est étonné de retrouver dans un état mental presque identique, à l'âge de soixante-dix ans, des malades que l'on a connus dans leur jeunesse.

Enfin, M. Charpentier me reproche d'avoir dit que les cas d'obsession avec conscience n'aboutissent jamais à la démence. Or, je maintiens cette affirmation, et j'en appelle de nouveau à l'observation clinique. Tous les malades que j'ai connus, atteints de cette variété de maladie mentale, ont présenté pendant leur vie des périodes de trouble mental très prononcé, suivies de longues périodes de rémission, mais n'ont jamais abouti à un véritable affaiblissement intellectuel, méritant le nom de démence.

Je conclurai donc que, dans mon rapport, je n'ai pas voulu traiter de toutes les obsessions morbides en général, mais d'une forme particulière d'obsession, constituant une maladie spéciale, se continuant chez le même malade pendant toute sa vie, et c'est à cette forme distincte que doivent s'appliquer mes conclusions.

Quant à la transformation de l'objet de ces obsessions, il peut varier quelquefois pendant le cours de la vie de l'individu, mais la préoccupation elle-même ne change pas dans sa nature obsédante.

M. Legrain. — Nous ne sommes pas loin de nous entendre avec M. Falret. Il n'y a qu'une question de mots qui nous sépare.

Lorsque M. Falret dit que l'obsession a une durée très longue et ne se transforme jamais, qu'elle accompagne le malade jusqu'au tombeau, il désigne sous ce nom le délire émotif, ou mieux l'état émotif, et non pas telle ou telle obsession prise en particulier. Non, en effet, l'état émotif ne varie pas d'un bout à l'autre de l'existence de l'individu ; seules, ses manifestations extérieures, tangibles en quelque sorte, sont sujettes à des variations, et ces variations sont multiples et protéïformes. Plusieurs des syndromes épisodiques de Magnan peuvent non seulement se succéder dans un temps très court, mais ils peuvent encore coïncider dans le même temps. Mais quelles qu'elles soient, ces obsessions laissent intactes le fonds émotif, qui, lui, ne peut varier, parce qu'il est foncier, capital, et fait partie intégrante du tempérament de l'individu.

M. Paul Garnier. — Le reproche que l'on peut faire à Morel, c'est d'avoir négligé de ranger son délire émotif parmi les folies héréditaires.

M. Doutrebente. — Je suis heureux de voir M. Garnier prononcer le nom de Morel, à propos de délire émotif ; mais je ne puis oublier que, il y a deux ans, il a paru dans le *Progrès Médical* une leçon de son maître, M. Magnan, dans laquelle on peut voir que Morel aurait méconnu le rôle que l'influence morbide héréditaire jouerait comme élément étiologique du délire émotif. Morel, à plusieurs reprises, a précisément insisté sur ce point, à savoir : qu'on avait trop souvent négligé de tenir compte des antécédents héréditaires en pareil cas et, d'ailleurs, dans sa monographie du délire, il place en première ligne parmi les causes prédisposantes, l'hérédité.

Les différentes conclusions du rapport de M. Falret (voir page 36) sont successivement mises aux voix et adoptées intégralement, sauf la deuxième. Cette deuxième conclusion, ainsi rédigée : « Elles sont *toutes* héréditaires », est, sur la proposition de M. Régis, modifiée ainsi qu'il suit : « Elles sont *ordinairement* héréditaires. »

M. le Président. — La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture d'un travail de M. Clark-Bell, de New-York.

MONOMANIE [1]

> « There is a pleasure in being mad, which none but madmen know » [2].
>
> DRYDEN.

M. CLARK BELL, *président de la Société de médecine légale de New-York.* — Webster définit la monomanie : « Dérangement d'une seule faculté de l'esprit, ou relatif à un seul objet, alors que les autres facultés fonctionnent régulièrement. »

Worcester s'en tient à l'étymologie grecque (μόνος, μανία) : « Folie portant sur un objet en particulier, l'intelligence restant saine pour tout autre objet. »

G. F. Blandford, ayant à définir le terme de monomanie dans le dictionnaire médical de Quain, s'exprimait ainsi en 1882 : « Ce terme tombe en désuétude, parce qu'il est trop vague et que les auteurs l'ont appliqué à des formes de folie différentes les unes des autres. Les uns l'ont employé pour indiquer une folie marquée par une seule idée délirante, l'intelligence restant saine sur tout le reste. Les autres entendent par là une folie sans idées délirantes, folie affective ou folie impulsive, dont l'essence est de survenir sans délire et sans que, soi-disant, l'intelligence perde son intégrité. »

Esquirol regardait la monomanie comme un trouble mental limité à un petit nombre d'objets, avec excitation et prédominance d'une passion gaie et expansive, différant en cela de ceux qui admettent que mélancolie sans délire est bien une forme de monomanie affective. Mais en somme tous les auteurs sont bien d'accord pour appliquer le mot monomanie à une folie partielle, qui n'empêche pas le malade de parler et d'agir raisonnablement dans un très grand nombre de cas, ce qui fait que souvent sa responsabilité morale donne matière à discussion. Les cas dont il s'agit sont un grand champ de bataille pour les débats judiciaires, criminels ou civils. Mais il vaudrait bien mieux qu'il y eût moins d'incertitude à leur égard, que la pathologie en fût mieux déterminée, que l'on connût mieux enfin

[1] Traduit de l'anglais par M. le Dr V. Parant, médecin de la maison de santé de Toulouse.

[2] « Il y a à être fou un plaisir que les fous seuls connaissent. »

la nature exacte de l'état physique et mental des aliénés qu'ils concernent.

Il est évident qu'Esquirol n'avait point sur la monomanie les mêmes idées que certains auteurs anglais récents. Bien qu'il fût élève du grand Pinel, il se sépara de son maître dans sa manière de classer les maladies mentales. Pinel admettait quatre formes de folie : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotie. Esquirol en admit cinq : la lypémanie, la monomanie, la manie, la démence, l'imbécillité et l'idiotie.

D'après lui les dispositions des monomanes sont les suivantes : leurs passions sont gaies et expansives ; ils ont le sentiment de jouir d'une santé parfaite ; leur force musculaire leur semble doublée et ils éprouvent un bien-être général. Ils ont une tendance marquée à prendre toute chose par son côté agréable, et, contents d'eux-mêmes, ils sont également contents d'autrui. Toujours heureux, ils ont une joie communicative ; ils aiment à chanter, à rire, à danser. Portés à la vanité et à l'égoïsme, ils se complaisent dans une orgueilleuse contemplation d'eux-mêmes, de leurs idées de grandeur, de santé et de toute-puissance. Ils sont actifs, pétulants, d'une loquacité intarissable ; ils ne cessent de parler de leur bonheur. Ils sont susceptibles et irritables ; leurs impressions sont vives, leurs affections énergiques, leurs déterminations violentes ; ne sachant supporter ni l'opposition ni la contrainte, ils tombent aisément dans la colère et même la fureur.

On peut bien dire qu'Esquirol, en décrivant ce groupe d'aliénés, est devenu le père de la monomanie. C'est sous les auspices de sa haute autorité que ce mot a été adopté par un grand nombre d'auteurs, soit médecins, soit légistes.

Morel, en discutant la doctrine d'Esquirol sur ce point, s'exprime ainsi : « Nous ne saurions trop inviter le lecteur attentif, lorsqu'il lira les pages que Pinel et Esquirol ont écrites sur la monomanie, à méditer leurs paroles et à se demander s'ils n'auraient pas dû en conclure que, par une confusion d'idées regrettable, ils prenaient un délire systématisé pour un délire local et exclusif. Nous affirmons la liaison, la solidarité, le rapport intime des actes divers de l'intelligence, non seulement au nom de nos observations et de nos inductions personnelles, mais encore au nom de l'histoire de la philosophie. Ceci posé, il s'agit de savoir si le fait de l'aliénation mentale peut briser cette loi essentielle de l'unité de la vie intellectuelle ; car il est clair que si la logi-

que et l'expérience nous contraignent de résoudre négativement ce problème, nous devons aussi repousser la théorie d'Esquirol. Nous dirons, avec Falret, que « l'on ne pourra avoir une idée complète des motifs qui poussent les aliénés à quelques-uns de leurs actes, que lorsqu'on se sera dégagé de l'erreur de la monomanie » [1].

Dagonet convient que « le terme de monomanie pourrait sans inconvénient disparaître de la science, où il devient une cause de confusion et d'embarras pour l'étude des faits pathologiques » [2].

Marc, qui écrivait en 1840, et qui s'était attaché de près à l'enseignement de Pinel et d'Esquirol, s'est occupé longuement de la monomanie. D'accord avec ses illustres maîtres, il regarde la monomanie comme un type de folie et en décrit de nombreuses variétés, homicide, suicide, démoniaque, sexuelle, incendiaire, etc. Une étude attentive de ses œuvres montre bien les erreurs profondes auxquelles peut conduire l'usage du mot dont nous nous occupons.

Les écrivains étrangers à la science médicale, les magistrats, les jurisconsultes, ont presque tous donné à l'expression monomanie la même signification que Weber et Worcester. Ils regardent le monomane comme un individu qui n'est tourmenté que par une seule idée délirante, et qui, sous tout autre rapport, possède la plénitude de ses facultés mentales. Ils confondent du reste, avec la monomanie, le délire partiel et la folie avec intervalles lucides, et souvent leurs arrêts ont été rendus en conséquence.

Par contre la plupart des médecins légistes n'acceptent point cette manière générale de voir. Krafft-Ebing et les aliénistes allemands sont de ceux qui n'emploient pas en ce sens le terme monomanie et qui ne donnent point à sa signification les mêmes limites.

Krafft-Ebing divise les états de folie en deux grandes classes : A) ceux qui surviennent dans un cerveau développé, et qui comprennent toutes les formes de folie ; B) ceux qui sont dus à l'arrêt de développement du cerveau, notamment l'idiotie et le crétinisme.

Dans les subdivisions de la première classe, il met deux états

(1) Morel. *Études cliniques*. Paris, 1852, t. I, p. 414 et suiv.
(2) Dagonet. *Maladies mentales*, 2e édition. Paris, 1876, p. 263.



qu'il désigne sous les noms de *secundäre Verrücktheit* et de *primäre Verrücktheit*.

Des auteurs anglais ont traduit ces mots par *secondary monomania* et *primary monomania*. Mais rien n'indique absolument que, sous les termes dont il se sert, Krafft-Ebing ait voulu introduire dans sa classification la monomanie d'Esquirol, ni même l'état que quelques auteurs allemands décrivent actuellement sous le nom de monomanie. Personne ne prétend du reste, croyons-nous, que Krafft-Ebing ait pris comme synonymes ses expressions et celles des autres auteurs. Dans ce qu'il écrit à propos de sa classification, il dit :

« La mélancolie, regardée comme état de dépression, a de grands rapports avec la monomanie anxieuse et cette monomanie du doute, qu'il est infiniment plus commun d'observer au dehors qu'au dedans des asiles. »

Ce qu'il faut considérer, c'est que réellement, dans sa classification, Krafft-Ebing ne se sert nulle part du terme monomanie, et nous trouvons plus vrai d'admettre qu'il s'est systématiquement abstenu d'en faire usage.

Il nous semble donc que le Prof. Ewell, qui, dans son récent traité des maladies mentales, a reproduit la classification de Krafft-Ebing, s'est laissé induire en erreur par les traducteurs à qui il a emprunté cette classification et que les termes de *primäre* ou *secundäre Verrücktheit* ne peuvent nullement être pris comme synonymes de monomanie, dans le sens où ce mot est employé dans les pays de langue anglaise.

L'éminent aliéniste Griesinger s'exprime ainsi au sujet de l'état ou plutôt du mot, qui nous occupe : « Chez le monomaniaque, l'excitation ne se traduit pas immédiatement à l'extérieur ; la détermination s'accompagne chez lui d'idées passées à l'état de conscience, et perd le caractère instinctif pour prendre celui d'une volonté morbide. Le monomaniaque agit avec un calme extérieur beaucoup plus grand, mais aussi avec un trouble de la raison beaucoup plus profond que le maniaque, et l'exaltation générale à laquelle l'intelligence est en proie dans la monomanie entraîne promptement la suppression des conditions essentielles de l'intégrité de la vie psychique » (1),

Le prof. Lefebvre n'a point admis, dans sa classification, la

(1) Griesinger. *Maladies mentales*, traduction Doumic, Paris 1865, p. 339.

monomanie comme espèce distincte ; mais au Congrès d'Anvers, en 1885, parlant des diverses formes de manie, il a dit : « D'après l'extension du délire, on distinguera la manie généralisée et les manies partielles ou monomanies » [1].

Il semble bien qu'en Belgique aucun aliéniste n'attribue à la monomanie le sens étroit que les juristes lui donnent en Angleterre et en Amérique. Le Dr Steenberg, dans la classification dont il a soumis les bases à la Société de médecine mentale de Belgique, après avoir pris l'avis des principaux aliénistes du Danemark, de Norwège et de Suède, indique sept espèces différentes ou formes de folie. A la troisième espèce il donne le nom de folie dégénérative, et y rapporte les variétés suivantes : Primäre Verrücktheit, ou monomanie, hypocondrie, hystérie, folie intermittente et folie morale. Et cependant la Primäre Verrücktheit des Allemands a un sens bien plus étendu que celui que l'on peut à proprement parler donner au terme monomanie. Il est donc difficile de comprendre pourquoi un certain nombre d'auteurs prennent ces deux mots comme des synonymes. *Verrücktheit* est dérivé de *verrückt*, qui signifie dérangé. Il a son équivalent dans le mot *fêlé*, de l'expression familière « avoir la tête fêlée. » Dans ces conditions strictement étymologiques, rien n'autorise à l'assimiler à l'état désigné sous le nom de monomanie. Il serait bien plus rationnel de l'appliquer, comme l'a fait Griesinger, au dire de Sankey, à cet état de débilité mentale que l'on nomme imbécillité.

Le Dr Ralph Parsons dit que « dans ces dernières années, on a pris l'habitude de substituer fréquemment le mot *paranoia* au terme monomanie ; il s'élève avec force contre cette tendance et dit qu'il y a autant d'inconvénients et de dangers à y céder, qu'à se servir du terme monomanie lui-même ». La raison, c'est que « si le sens de monomanie est trop étroit, dans la façon dont on veut l'employer, celui de paranoia est beaucoup trop étendu, et aussi beaucoup trop précis pour qu'on puisse le détourner de son acception évidente, qui est simplement le trouble, le dérangement d'esprit. »

Paranoia, employé comme synonyme de folie, garde sa signification originelle, et n'a rien de commun avec le sens étymologique de monomanie.

(1) Voir *Compte rendu du Congrès d'Anvers*, page 129.

Ewell, dans son récent traité de médecine légale, se laissant entraîner par l'exemple de tel jeune écrivain présompteux, dont l'autorité n'est rien moins que certaine, prend les deux expressions comme synonymes et définit ainsi la monomanie :

« La monomanie, suivant le mot employé jusqu'ici, ou la paranoia, est une forme de folie chronique, qui consiste dans une dégénérescence acquise ou transmise, et qui se manifeste par des anomalies intellectuelles qui dominent l'esprit, sans en détruire cependant toutes les fonctions. »

Parlant d'une manière générale de ce qui nous occupe, Sankey dit : « Monomanie. — Ce mot a été pris en divers sens; quelques-uns l'appliquent à des malades qui ne divaguent que sur un seul point, sur un seul sujet. Telle n'était point la signification comprise par ceux qui ont proposé l'emploi du mot, et ce que l'on veut entendre ainsi n'existe pas. Bien des auteurs sont d'avis de laisser l'expression hors d'usage. »

Griesinger est du même avis.

Hammond divise en sept groupes les états de folie : 1, folies sensorielles ; 2, f. intellectuelles ; 3, f. émotives ; 4, f. de la volonté; 5, f. composées ; 6, f. constitutionnelles ; 7, arrêt de développement de l'intelligence. Au second groupe il donne six subdivisions, dont les deux premières sont : A) la monomanie intellectuelle avec exaltation; B) la monomanie intellectuelle avec dépression.

Le Dr Ray n'a point admis la monomanie dans sa classification. Il en est de même du prof. L. Parsons, de H. P. Stearns, de Walter Channing. Il n'en est pas question davantage dans les diverses classifications admises par les aliénistes allemands dans leur Congrès de Francfort-sur-le-Mein, en 1881.

La classification de Meynert n'en parle pas, non plus que celle proposée en Suisse par le prof. Wille et que celle proposée en Suède par le Dr Steenberg.

Toutes ces classifications, qui sont analogues les unes aux autres, ont un groupe commun, le septième, qui se rapporte au «délire chronique». Or, il faut remarquer que les juristes et les médecins d'Amérique et d'Angleterre sont loin de s'entendre entre eux sur la signification exacte à donner à ce dernier terme et que les aliénistes Anglais sont disposés à confondre la monomanie avec le délire chronique, ce qui semblerait impliquer que dans leur pensée, monomanie veut indiquer certaines phases de

la manie chronique et incurable, plutôt qu'un délire limité à un seul sujet ou à un seul groupe d'objets.

Voici l'opinion du Dr Hack Tuke : « Nous voudrions bien que le terme monomanie n'eût jamais été introduit dans les nosologies de médecine mentale, parce que, compris dans son sens littéral, il donne matière à contestation, et que, s'il ne l'est pas, les états morbides différents les uns des autres auxquels les auteurs l'ont appliqué mènent à une irrémédiable confusion. Pour tel auteur il signifie l'idée fixe, pour tel autre une exaltation partielle, pour un troisième il ne s'applique qu'à une impulsion morbide isolée. Nous devons nous occuper de sa signification, mais nous nous garderons bien de l'employer souvent. »

H. Maudsley écrit au sujet de la monomanie :

« La monomanie guérit rarement ; les motifs en sont faciles à saisir. En premier lieu, quand elle est consécutive à la manie ou à la mélancolie, elle indique un état morbide chronique qui est un degré assez avancé de dégénérescence mentale. En second lieu, quand elle est primitive, elle indique le développement morbide d'une disposition fondamentale du caractère, de telle sorte que, pour la guérir, il faudrait reconstituer le caractère de fond en comble. Et ailleurs : « Il est douteux que chez le monomane, il y ait un seul point de l'intelligence qui ne soit pas malade. » Et plus loin encore : « Quand le monomane est examiné par une personne qui, non seulement est compétente, mais qui en outre a des occasions assez fréquentes de l'observer, il laisse voir ordinairement que ses affections naturelles, ses sentiments sociaux sont affaiblis, même perdus, ce qui tient à ce qu'il est plus ou moins entièrement concentré en lui-même et en son état morbide ; il laisse voir encore que son caractère et ses habitudes ont subi de profonds changements ; il montre enfin qu'il est très excitable d'esprit, et qu'il a perdu tout empire sur lui-même dans les circonstances où antérieurement il serait resté bien maître de lui. »

Les aliénistes américains, réunis en congrès à Saratoga, ont fait eux aussi de la monomanie une subdivision du troisième des groupes ou types qu'ils ont adoptés pour leur classification, à savoir : « La folie avec délire primitif ». Bien qu'elle soit ainsi mise ici comme en Angleterre au second plan, on peut remarquer, avec le Dr Walter Channing, que son introduction dans une classification est de nature à induire en erreur, et que les personnes étrangères à la pratique des maladies mentales pour-

raient fort bien n'en pas comprendre le sens, même alors que les médecins seraient tous d'accord pour entendre par là le délire primitif, sans restreindre ce délire à une seule idée, ou à un seul groupe d'idées délirantes. Comme l'a fort bien montré le Dr Channing dans son mémoire sur une classification internationale des maladies mentales, il est clair que les aliénistes américains ont voulu assimiler leur troisième groupe au primäre Verrücktheit des Allemands, et qu'ils ont été portés à donner, jusqu'à un certain point, au terme monomanie une signification spéciale, qui ne fût point nécessairement en rapport avec son étymologie, car dans ce dernier cas, il manque absolument de de la précision, de la netteté, si indispensables pour une bonne définition.

Le Dr H. Kellogg, aliéniste américain d'une grande expérience et d'une haute autorité, a cherché à établir une classification qu'il n'a point faite spécialement en vue d'une statistique internationale, comme celle dont nous venons de parler, et qui n'a d'autre but que d'exposer ses idées personnelles au sujet d'une classification exacte et complète. Dans le remarquable mémoire qu'il a publié à ce sujet, il s'est montré imbu des idées et des doctrines allemandes. Il voudrait que, comme l'a dit Th. Meynert, « une classification embrassât toutes les données actuelles de la science, et rien de plus ». Cela est fort bien, mais il s'est montré disciple trop fervent de Meynert par la façon dont il a adopté la manière de voir des Allemands. Il divise les maladies mentales en deux grandes classes, l'une A) somato-étiologique, l'autre B) psycho-symptomatologique. La première classe comprend six groupes, dont le second est ainsi désigné : « États neuropathiques constitutionnels ordinairement héréditaires, mais quelquefois acquis », et ce groupe forme lui-même quatre subdivisions : 1° folie instinctive de l'enfance ; 2° monomanie primitive ; 3° folie morale ; 4° folie périodique. La seconde classe comprend seulement trois groupes : troubles des sentiments ; troubles de l'intelligence ; troubles de la volonté. Le premier de ces groupes comporte deux subdivisions : l'une, états de dépression ; l'autre, états d'exaltation. Dans les états de dépression on rencontre la monomanie consécutive avec dépression, et, dans les états d'exaltation, la monomanie consécutive avec exaltation.

Ainsi donc, dans ces conditions, le Dr Kellogg fait de la monomanie primitive une maladie somato-étiologique, et de la mo-

nomanie consécutive, soit avec exaltation, soit avec dépression, une maladie psycho-symptomatologique. Personne assurément ne pourrait soutenir qu'il donne au terme monomanie un sens aussi étroit que les lexicographes. Mais aussi bien des gens, juristes ou même médecins, pourraient être embarrassés pour savoir ce qu'il entend par là, s'ils n'avaient devant eux que sa classification. Il a d'ailleurs pris soin de s'expliquer et il dit que la monomanie primitive comprend toutes les formes de délire limité et à idées fixes, «qui sont le résultat et l'expression d'un état neuropathique constitutionnel.» Il entre également dans des explications assez longues sur ce qu'il entend par monomanie consécutive, et il expose d'une manière excellente les idées de l'école allemande sur ce sujet. Mais comment ces explications pourront-elles prévaloir contre l'usage habituel du terme monomanie ? D'autres auteurs avant lui avaient pris soin de s'expliquer de la même manière, quoique d'une façon bien moins complète; mais qui donc, en dehors de quelques lecteurs spéciaux, connaît leurs explications ? Nous reconnaissons que la classification du Dr Kellogg est, au point de vue scientifique, une des meilleures et des plus parfaites qui aient été récemment proposées; mais elle n'est pas pratique, et, en tous cas, elle ne pourrait servir à une statistique internationale des maladies mentales. L'une des raisons en est précisément qu'elle fait usage de termes dont la signification n'est pas précise et ne serait pas nettement comprise par le commun des lecteurs.

Le dictionnaire médical de Thomas contient l'article que voici au mot dont nous nous occupons: « Monomanie, espèce de folie où le malade est déraisonnable sur un seul sujet, ayant l'intelligence claire et nette sur tous les autres. Ce terme a été employé de diverses manières par différents auteurs, mais aujourd'hui l'on s'accorde pour l'appliquer à une folie partielle, où le malade peut agir et parler plus ou moins raisonnablement. Il tombe en désuétude, parce qu'il est trop vague. Nous pourrions citer plusieurs médecins qui demandent qu'on l'abandonne tout-à-fait. Nous mentionnerons seulement ce passage d'une lettre adressée le 9 avril 1885, à Clark Bell, par Pliny Earls : « Je voudrais voir écarter le terme monomanie principalement pour les raisons suivantes : 1° parce que je n'ai jamais vu un cas de folie où le délire fût limité strictement à un seul objet, quoique j'en aie rencontré un certain nombre où le délire portait uniquement sur un groupe déterminé d'objets, ou bien encore

sur un sujet principal auquel se rapportaient plusieurs sujets secondaires en rapport avec lui ; 2° parce que dans notre pays on a fait du mot un usage abusif, l'appliquant même à des cas de délirium tremens et d'alcoolisme, ou encore, bien des fois, simplement à l'ivresse habituelle ».

Au Congrès de Saragota, le Dr Walter Channing, qui en était secrétaire disait : « Pour notre paragraphe 3, nous avons admis le titre de Folie avec délire primitif, faute d'en avoir trouvé un meilleur et bien qu'il donne prise à bien des critiques. Nous avons voulu écarter le mot monomanie, parce qu'il a peu à peu perdu sa signification exacte, et qu'il n'est maintenant employé que d'une façon secondaire, jusqu'au jour prochain où il tombera dans l'oubli. »

Le Dr Henri P. Stearns, dans le projet de classification des maladies mentales, qu'il a présenté au même Congrès, s'est prononcé dans le même sens que le Dr Channing.

Le Dr Allen Mac Lane Hamilton a dit dans un ouvrage récent : « L'expression monomanie, malgré des dehors séduisants, n'est nullement pratique. »

Le Dr Ralph L. Parsons, qui est un aliéniste des plus distingués et qui a publié un mémoire sur la monomanie, y soutient que le choix de cette expression a été des plus malheureux, même pour les états auxquels Esquirol l'appliquait, et qu'elle ne peut qu'induire en erreur ; que du reste elle est employée actuellement dans un sens bien différent de celui d'Esquirol ; elle sert quelquefois à désigner des malades, monomanes tels qu'on les comprend aujourd'hui, qui sont déprimés, incapables de coordonner leurs idées, et sont le contraire de ces individus gais, irréfléchis, pétulants, audacieux, bavards, fanfarons, obstinés et facilement irritables, qu'Esquirol a pris pour types, et dont la maladie n'a point nécessairement, comme le pensait Esquirol, une acuité plus marquée, une marche plus prompte, une terminaison plus favorable. Dans un autre mémoire sur « *La nomenclature en psychiatrie* », le Dr Parsons revient encore sur ce sujet et dit : « Le terme monomanie prête à tant d'objections, que bien des médecins adonnés au traitement des aliénés ne s'en servent plus. » Enfin, dans sa classification des maladies mentales, il évite absolument d'employer ce terme, comme impropre.

Dans le dernier mémoire auquel nous faisons allusion, le Dr Parsons, discutant l'opinion d'un auteur qui a pris parti

pour l'emploi du mot monomanie écrit : « L'objection principale dont ce mot est susceptible, ne porte pas sur ce fait qu'il n'y ait pas de concordance entre son étymologie et la signification que certains auteurs lui ont donnée ; elle porte sur ce que le sens étymologique est si net et si précis qu'il implique une idée en désaccord avec l'application réelle et scientifique du mot ; de là résulte que la plupart de ceux qui entendent ou voient le mot, s'en tiennent au sens littéral au lieu de prendre le véritable sens. »

Le Dr Parsons dit encore : « La signification équivoque du mot est de nature à causer de véritables difficultés, surtout devant les tribunaux. Là, en effet, il faut que la netteté des allégations de la défense et des experts appelés par elle, jette la lumière dans l'esprit du jury, malgré les efforts de la partie adverse, qui, dans le cas en question, s'appuie sur la signification implicite, évidente du terme monomanie ».

La conclusion à tirer de tout ce que nous venons d'exposer au sujet du mot monomanie, est facile à saisir : il en résulte nettement que le terme monomanie devrait maintenant disparaître tout-à-fait de la terminologie médico-mentale.

Mais ce n'est pas assez que Griesinger, Sankey, Ray, Earls, Tuke, Stearn, Dagonet, Parsons, Channing et bien d'autres aient exprimé leur avis sur l'opportunité de cette disparition. Il faudrait plus encore. Il faudrait que dans le monde scientifique ceux qui y ont autorité, fissent un effort commun pour la réaliser. Il faudrait, en un mot, que d'un accord commun et universel on abandonnât un terme essentiellement impropre et équivoque.

Nous avons déjà appelé sur ce sujet l'attention de la Société de médecine légale de New-York, et de l'Association des médecins et directeurs des asiles d'aliénés d'Amérique. Nous nous proposons de soumettre le cas aux sociétés de psychiatrie en Angleterre, en France, en Belgique, en Russie, en Italie, en Allemagne, en Hollande.

Mais nous avons cru devoir avant tout formuler le vœu dont il s'agit devant le Congrès international de médecine mentale de Paris, espérant que de la sorte il se trouverait dans les meilleures conditions possibles pour être pris en considération.

Désormais le terme monomanie devrait passer à l'état de souvenir historique. On le prendrait comme une démonstration curieuse des vicissitudes par lesquelles peut passer la signification

d'un mot mal compris et détourné de son acception primitive. On montrerait que suivant les pays, les temps et les professions, ce mot a pu exprimer des états absolument différents de ce que l'étymologie indiquait, différents aussi du sens que lui donnaient les gens étrangers à la pratique des sciences médico-mentales. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Saury pour sa communication.

DES FOLIES ET DES INTOXICATIONS MULTIPLES

MORPHINISME, DÉLIRE COCAÏNIQUE ET DÉLIRE VÉSANIQUE COEXISTANTS CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ

M. le Dr H. SAURY, *médecin de la Maison de santé de Suresnes* (*Seine*). — Depuis que M. Magnan (1) a introduit dans notre nomenclature l'expression de *folies multiples*, ou, plus exactement, de *coexistences délirantes*, ces termes servent à désigner une série de faits complexes, caractérisés par l'évolution simultanée de plusieurs états psychopathiques, d'origine et de nature différentes, chez le même aliéné.

Tantôt, c'est l'alcool qui vient surajouter son action à celle d'une vésanie antérieure. Tantôt, c'est la névrose convulsive avec ses phénomènes spéciaux. Enfin, le sujet peut être à la fois vésanique, épileptique, alcoolique, et l'on se trouve alors en présence de trois espèces morbides distinctes, indépendantes quoique associées, sans influence pour ainsi dire l'une sur l'autre, car si leur réunion imprime un certain cachet à l'ensemble clinique, chacune d'elles conserve ses traits individuels, qu'il s'agisse des symptômes, de la marche ou du pronostic.

Etant donné la part de l'alcoolisme dans la constitution des composés délirants, il est facile de concevoir, qu'en dehors ou bien même à côté de l'alcool, il y ait place pour d'autres catégories d'agents toxiques. On a cité l'absinthe, l'opium, la belladone, l'éther, le chloral, le chloroforme, la morphine, la cocaïne (2). Tous ces poisons, en effet, peuvent fournir leur appoint aux mani-

(1) Magnan. *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné ;* in *Archives de neurologie,* 1880. p. 49.

(2) Déricq. *De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné.* Thèse de Paris, 1886. — Pichon. *Des délires multiples et des intoxications d'origine différente chez le même individu ;* in l'*Encéphale*, mai-décembre 1887.

festations des folies multiples, ou plutôt y jouer un rôle essentiel comme éléments fondamentaux. L'observation que je rapporte ci-après, confirme une fois de plus l'existence de ces particularités intéressantes : l'analyse symptomatique permet d'en isoler deux intoxications (morphinisme et cocaïnisme) et un état vésanique à base de dégénérescence.

Observation

Le 31 mars 1888, M. V... entrait à la maison de santé de Suresnes, avec le certificat médical suivant: « M. Alphonse V..., âgé de quarante-huit ans, est atteint de morphinisme s'accompagnant de périodes irrégulières de délire hallucinatoire avec agitation maniaque ou dépression mélancolique, idées hypocondriaques et tendances au suicide. L'abus de la morphine remonterait à dix ans, mais c'est depuis dix-huit mois surtout qu'à de graves désordres physiques se sont ajoutés, par intervalles, des troubles intellectuels. Depuis deux ans environ, M. V... s'injecte également de la cocaïne à doses élevées. Actuellement, il est cachectique ; il a le tronc, les bras et les jambes couverts d'abcès et d'ulcérations à cicatrisation lente ; malgré son aspect lucide, il éprouve des hallucinations de la sensibilité générale et de tous les sens ; dernièrement, il plaçait sous son lit, au risque d'allumer un incendie dans sa chambre, des journaux enflammés, pour chasser des odeurs imaginaires ; à plusieurs reprises, il s'est introduit un couteau dans le rectum, pour vaincre, disait-il, la constipation ; enfin, il parle de se tuer, et, d'un instant à l'autre, il peut devenir très dangereux.»

Telle était, en effet, la situation du malade. J'ai tenu à la résumer, dès le début, avant d'aborder l'histoire complète des antécédents qui l'avaient provoquée.

L'existence de M. V... s'est toujours ressentie de fâcheuses dispositions de famille: le père, un original, était rhumatisant et souffrait d'un tic convulsif de la face ; la mère est morte paraplégique ; un frère aîné, d'un caractère extravagant, court encore (à soixante ans) le monde et les aventures ; un oncle paternel s'alcoolisait. A noter, aussi, qu'au moment de la naissance de M. V..., ses parents étaient très avancés en âge.

Quoi qu'il en soit de ces influences, que j'appellerai simplement congénitales, ne voulant pas discuter ici la question de l'hérédité morbide, il est certain que M. V... n'a jamais été équilibré du côté mental. Intelligent mais excentrique, de tout temps on le voit en opposition avec les usages reçus. Au collège, il fait le désespoir de ses maîtres, lesquels ne peuvent le plier à la discipline la moins sévère. Adulte, il se distingue de plus en plus par ses inégalités. Sa conduite ne procède que par extrêmes ; il se livre à des écarts qu'il regrette aussitôt commis, sans pouvoir se soustraire à des rechutes nouvelles. Il évite cependant les excès de boissons, car un verre de champagne suffit pour l'enivrer. Comme anomalie physique, il convient de signaler une obésité précoce.

Marié jeune, à vingt-trois ans, par inclination, M. V.. aurait pu de bonne heure régulariser ses habitudes, s'il n'avait pas eu à compter avec les in-

conséquences de son tempérament. Mobile et changeant, attiré par l'inconnu, ce qui va lui manquer surtout, c'est l'esprit de suite. Prompt à se décourager, d'une sensibilité maladive, il flottera, on peut dire, au gré des événements, sans énergie pour la lutte et sacrifiant au rêve plus souvent qu'à la réalité.

En 1878, nous le trouvons à Lyon, représentant de commerce, après l'abandon d'une entreprise industrielle qui avait périclité entre ses mains. Aujourd'hui, ses affaires sont prospères; mais, en difficulté d'intérêts avec la famille de sa femme, il ne tarde point à s'attrister, et, la prédisposition aidant, il est frappé bientôt d'un véritable accès mélancolique. Sous l'influence de son délire, il veut en finir avec la vie, mais il échoue dans une tentative de suicide par le revolver. Il se souvient alors, qu'en 1876, il a employé avec succès les injections de morphine, contre des accidents de lithiase rénale. Quoique ses souffrances actuelles soient d'une autre nature, il s'empresse de recourir au même médicament.

L'usage de la morphine devait s'imposer chez lui d'autant plus vite, que les premières injections s'accompagnèrent d'un bien-être absolu. Chaque piqûre amenant quelques heures de calme et d'insouciance, M. V... s'adonne à cette pratique, comme d'autres, pour oublier, se livrent à la boisson. Plus tard, il est vrai, les effets de la médication deviennent à peu près négatifs et ne laissent aucune impression agréable; mais il s'agit, maintenant, d'un besoin impérieux qui entraîne le malade, déjà si facile à dominer. Aussi, fait-il en vain plusieurs essais de suppression graduelle.

Huit années se passent ainsi, pendant lesquelles M. V... se soumet à l'habitude acquise, sans d'autre résultat fâcheux qu'une disposition de plus en plus grande à la sensiblerie et au découragement. Toutefois, comme il déplore sa servitude et ne demande qu'à s'en affranchir, il accepte, en 1886, un traitement substitutif par la cocaïne. Nous allons décrire les conséquences de cette tentative (1).

Première phase : *délire purement toxique* (*illusions et hallucinations*). Au début, ce sont de simples poussées d'exaltation fonctionnelle : loquacité, bonne humeur, suractivité mentale et physique. Mais, au bout de quelques semaines, on remarque de véritables désordres de la motilité et surtout de la sensibilité générale et spéciale : secousses musculaires, crampes, fourmillements, « sensation de la luette qui tombe et obstrue la gorge », langue pâteuse, comme épaissie, d'où le malade croit souvent retirer « de tout petits vers noirs ». Une fois, il voit se déplacer, dans un rapide mouvement d'ascension et de descente, un vide-poche accroché au mur de sa chambre. En d'autres circonstances, il est tenu en éveil par des bruits inquiétants (2).

(1) J'ai déjà rapporté un résumé de cette observation, dans mon premier travail sur le *cocaïnisme* (in *Annales médico-psychologiques*, mai 1889, p. 440). Je la donne aujourd'hui avec tous ses détails, car elle était intéressante à plus d'un titre, notamment au point de vue spécial des *coexistences délirantes*.

(2) Malgré l'analogie de ces phénomènes avec ceux de l'alcoolisme, il importe de faire observer ici, pour n'avoir plus à le rappeler, que l'alcool n'est jamais intervenu dans les manifestations hallucinatoires et délirantes présentées par ce malade.

Il faut noter que ces accidents se dissipèrent avec la suppression momentanée de la cocaïne, malgré l'emploi quotidien de la morphine à la dose moyenne de 50 centigr.

Sur ces entrefaites, M. V... s'expatriait pour aller tenter fortune en Orient, résolu, d'autre part, à de nouveaux efforts contre ses pratiques morbides. Malheureusement, il s'adressait encore, dans ce but, à la cocaïne, oubliant ses premiers effets, sollicité peut-être aussi par ces effets mêmes, en raison de leurs propriétés stimulantes. De sorte que, pour se débarrasser d'une intoxication, il courait à un empoisonnement plus grave et d'autant plus rapide, en ses désordres variés, que la fugacité d'action de la cocaïne devait, fatalement, l'entraîner à l'abus de cette substance. Il s'en injectait bientôt jusqu'à 2 gr. par jour. Les troubles sensoriels reprenaient alors une activité remarquable.

M. V... aperçoit des ombres mouvantes se projeter sur les murs de son appartement ; des bras invisibles le frappent dans le dos, sur les épaules ; la nuit, ses meubles sont bouleversés par des malfaiteurs inconnus. Tout remue, tout change ; sa vision s'obscurcit ; les objets se multiplient, se rapetissent, prennent des formes extraordinaires, se colorent en vert ou en rouge ; de ses abcès cutanés, sortent des insectes microscopiques, « de minuscules fourmis sans pattes » qu'il ne peut jamais saisir. Au cours d'une excursion, il croit être assailli par un essaim d'abeilles : elles voltigent autour de lui, ses vêtements en sont couverts; il les voit, les touche, les écrase, mais, d'ailleurs il ne ressent aucune piqûre, il n'entend aucun bourdonnement ; puis, l'essaim disparaît subitement, et M. V... reconnaît qu'il a été le jouet d'une hallucination, car il ne retrouve aucune trace des abeilles qu'il était pourtant convaincu d'avoir écrasées dans cette lutte singulière. Un autre jour, sur sa route, il rencontre une tortue qui se met à le poursuivre et à gesticuler avec ses pattes ; il se figure qu'elle l'invite à se jeter dans un précipice voisin.

Deuxième phase : *réveil des dispositions vésaniques ; délire polymorphe.* Jusqu'à présent, la cocaïne n'a donné lieu qu'à des manifestations spécifiques et relativement peu intenses. Son action s'est bornée, en définitive, à exciter les centres corticaux sensoriels et psycho-moteurs, laissant presque indemne la région psychique. Le malade reprend vite conscience des phénomènes qui le troublent partiellement. Mais, peu à peu, les hallucinations tendent à s'imposer en permanence et à déterminer des interprétations délirantes.

Tout d'abord, M. V... cherche à expliquer ses impressions illusoires par le spiritisme et la suggestion. Exemples : la flamme de sa bougie vacille ; on souffle sur sa main ; un portrait de sa fille remue la tête et cligne des yeux dans son cadre ; ce portrait se transforme en celui de son père ; on lui dit qu'il va devenir aveugle, et, pour un instant, il se croit atteint de cécité; — évidemment, il subit une influence surnaturelle ; « les esprits » veulent ainsi lui prouver leur existence. Il les évoque fréquemment pour entrer en communication avec eux.

Parfois, des voix intérieures lui suggèrent ses pensées et ses actes. D'autres fois, entraîné par l'automatisme, il se sent poussé à des violences con-

tre son entourage ; il éprouve des *obsessions* bizarres qui l'obligent à défigurer les mots, à torturer les phrases, pour y découvrir une signification anormale, grotesque ou inconvenante, érotique le plus souvent [1].

Bientôt, c'est un mélange confus de conceptions ambitieuses, mélancoliques, hypocondriaques, de persécution. Le délire laisse peu de répit au malade : on le tourmente, on le nargue, on lui fait respirer « des gaz pour le rendre fou », son corps se bouche et se couvre de vermine. Il est victime d'une conspiration organisée par de puissants personnages. Les jésuites, les socialistes et le roi des Belges se sont ligués pour le mettre à mal. D'après son système, lorsqu'il souffre à gauche, c'est par le roi des Belges, à droite par les socialistes, au milieu par les jésuites. Il se console de ces épreuves, dans la pensée qu'elles doivent servir au bonheur de sa famille et de l'humanité tout entière. Mais, par moments, la dépression l'emporte, ses anciennes tristesses le reprennent, et il ne songe qu'à mourir. A cette époque, sous le coup d'une idée de suicide, il s'injecta 17 gr. de cocaïne, dans l'espace de quatre jours : il en résulta une syncope, dont les accidents mortels ne furent conjurés que grâce à de hautes doses de morphine.

Plus tard, M. V... perd complètement la notion du monde extérieur. Amaigri [2], abattu, ne quittant plus le lit, d'autant plus touché au physique et au moral que sa situation se complique maintenant d'attaques épileptiformes, il passe son temps à fouiller dans ses ulcérations, à la recherche de corpuscules imaginaires, « des microbes du choléra » qu'il retire au bout d'une pince et qu'il brûle ensuite, espérant détruire ainsi le germe du redoutable fléau et en délivrer l'humanité. Des tendances non moins étranges l'incitent à se piquer le ventre, à s'introduire dans le rectum un manche de couteau, des clefs, des aiguilles. C'était, dit-il, « pour se donner de l'air », pour lutter contre « les manœuvres meurtrières de ses ennemis ». A la manière des délirants chroniques, il emploie un langage personnel presque incompréhensible ; il ne se plaint que par monosyllabes : tel son de voix désigne une souffrance spéciale, tel autre une douleur de nature et de siège différents.

En dernier lieu, M. V... absorbait le poison sans compter, et peut-être aurait-il payé de sa vie la continuation de ce régime, lorsqu'il fut pris d'un véritable accès maniaque, de délire généralisé avec désordre extrême des actes. On en profita pour diminuer notablement la quantité habituelle de morphine et de cocaïne. Dans ces conditions, les troubles aigus se calmaient vite, et l'on pouvait décider le malade à suivre un traitement dans une maison de santé (31 mars 1888).

Troisième phase : *disparition rapide du délire toxique; persistance de l'état mental antérieur*. La cocaïne fut supprimée brusquement, tandis que la morphine, d'abord maintenue à la dose quotidienne de 50 centigr., ne devait subir qu'une réduction lente et progressive. Au bout de quelques jours, les hallucinations qui, au moment de l'entrée du malade, étaient en-

[1] Il s'agit là d'une variété *d'onomatomanie*, c'est-à-dire d'un syndrôme caractéristique de l'état de dégénérescence.

[2] En quelques mois de régime cocaïnique, le poids du corps avait diminué de 40 kilogrammes.

core assez actives, la nuit surtout, avaient totalement disparu. Il est vrai que les interprétations délirantes eurent une durée plus longue. Pendant six semaines environ, M. V... nous montra une certaine défiance, nous accusant de l'hypnotiser, de lui voler ses pensées, d'opérer sur lui par la suggestion. Mais, graduellement, il rentrait en pleine conscience, et, dès lors, nous n'avions plus à noter que les phénomènes ordinaires de l'abstinence morphinique.

Le 22 juin 1888, la guérison des accidents toxiques était complète, et je peux ajouter que, depuis plus d'un an, elle ne s'est pas démentie. M. V... n'en reste pas moins soumis aux faiblesses de son état mental antérieur, c'est-à-dire aux dispositions mélancoliques, aux obsessions et aux tendances impulsives.

L'analyse de cette observation prouve bien qu'il s'agit d'un cas de vraie coexistence. Sans tenir compte du morphinisme, dont le rôle a été certainement très secondaire, il n'est pas douteux que notre malade a subi les effets de deux principes morbides distincts : vésanique et toxique. Ce dernier, représenté par la cocaïne, a provoqué directement les désordres hallucinatoires et, d'une façon générale, tous ceux que nous avons signalés du côté sensitif et moteur ; en outre, il a servi d'occasion et d'appoint aux troubles délirants consécutifs. Mais c'est à l'influence primordiale de l'élément vésanique qu'il convient d'attribuer la couleur particulière du délire et surtout quelques-unes de ses manifestations (onomatomanie et idées de suicide). (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Duquet, du Canada, pour la lecture de sa communication.

NOTES SUR UN CAS DE FOLIE SIMULÉE

M. le Dr Duquet, *président de Bureau médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe (Canada).* — De grands progrès ont été faits depuis un siècle dans l'étude de la simulation de la folie; la pathologie mentale inconnue alors a été étudiée depuis. Mais il y a encore des cas très difficiles à reconnaître, qui exigent de la part de l'expert chargé de l'examen une observation attentive et suivie.

Si la doctrine, que l'on ne simule bien que ce que l'on a, était vraie, la question serait bien simplifiée ; nous pourrions renfermer tous les simulateurs comme des fous. Mais cette hypothèse ne peut se soutenir, l'histoire prouve que la folie a été si-

mulée par des personnages qui se sont illustrés par leur intelligence transcendante.

L'auteur de l'article SIMULATION du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, M. Tourdes, dit que le premier exemple existe dans la Genèse; il cite des noms célèbres de l'antiquité, qui ont eu recours à cette ruse, soit pour échapper à la mort, s'exempter de prendre part à une guerre, ou pour arriver à d'autres fins.

Lors de la rebellion des Canadiens en 1837, après la condamnation à mort et l'exécution de quelques-uns des chefs du mouvement, l'un d'eux qui attendait son procès, c'est-à-dire sa condamnation à mort, s'imagina de simuler la folie pour échapper à l'échafaud; pendant des mois, jour et nuit, il faisait du bruit, chantait, se montrait violent, battait les gardiens de la prison et même ses compatriotes emprisonnés avec lui ; bâti comme un géant et doué d'une force herculéenne, il était devenu la terreur de tous. Des instances avaient été faites auprès des autorités pour le faire mettre en liberté, car il n'existait par alors d'asiles pour les aliénés au Canada. Le médecin n'était pas convaincu de la réalité de la folie du prisonnier, lorsqu'un jour il le rencontre seul dans un corridor, et, avant que l'on puisse venir à son secours, il fut cruellement battu à son tour.

Cet assaut ne manqua pas d'apporter la conviction dans son esprit et il recommanda la mise en liberté du prisonnier.

Ce ne fut qu'après beaucoup de difficultés que les autorités réussirent à le mettre en dehors de la prison: il refusait de sortir. Enfin il s'éloigna de Montréal et passa aux États-Unis jusqu'à l'amnistie.

J'ai connu cet homme lorsque j'étais étudiant en médecine; il était bien conformé mentalement et physiquement; il est mort à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, ayant conservé sa lucidité d'esprit si intacte, qu'un an avant sa mort, il a répété sur la scène à Québec, dans un but de charité, ce qu'il avait fait en prison en 1837. Il avait si bien simulé la folie que même ses compatriotes emprisonnés avec lui le croyaient aliéné.

L'observation suivante est un exemple de la grande difficulté de faire dans quelques cas un diagnostic certain :

John Kehoe, de Montréal, a tué un nommé Donelly dans les circonstances suivantes: Trois semaines avant le meurtre, Kehoe avait remis de l'argent à un de ses amis, pour lui acheter un revolver, afin de remplacer celui qu'il avait volé à son propriétaire et qu'il avait mis au clou ; il en avait vu un semblable dans la vitrine d'un prêteur sur gages. Quelques jours après s'être procuré l'arme, il s'adressa au même individu pour lui changer une boîte de cartouches pour un plus fort calibre. « Ce revolver était chargé lorsque je l'ai pris, disait-il, je veux le remettre dans le même état.» Il avait essayé ces cartouches à travers une

division de la maison et les trouvait trop petites. Il tenait son arme cachée dans la paillasse du lit qu'il occupait conjointement avec son père. Ce dernier ayant trouvé l'arme, lui demanda l'usage qu'il voulait en faire, et Kehoc répondit qu'il la vendrait le jour même. Ce même jour il envoya son père chercher Donelly, disant qu'il voulait prendre des arrangements avec lui pour la vente d'une propriété. Donelly demande au père de prendre soin de son épicerie pendant son absence et se rend chez Kehoe. Mais à peine était-il entré, qu'une détonation se fait entendre et Donelly sort en criant: « Je suis blessé mortellement et c'est Kehoe qui a tiré sur moi. » Kehoe jeta son arme dans la cave et alla se cacher dans une écurie en arrière de la maison, où il fut arrêté quelques minutes plus tard.

Kehoe dit au sergent de ville qui l'arrêta qu'il avait tué Donelly pour se venger, parce que ce dernier voulait se faire donner par son père une propriété dont lui était le seul héritier ; le père dit qu'en effet, vu la mauvaise conduite de son fils, il avait décidé de vendre cette propriété à Donelly pour que ce dernier serve une rétribution mensuelle à son fils ; il ajoute que son fils ne s'est pas querellé avec Donelly, mais il savait qu'il n'approuvait pas cette transaction et qu'il en voulait à Donelly pour cette raison.

L'inculpé est âgé de vingt-sept ans, il a toujours demeuré avec son père, marchand de provisions, jusqu'à ces dernières années ; il n'a jamais appris de métier, il a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de seize ans, a bien appris et possède une instruction primaire satisfaisante. A sa sortie de l'école, son père l'avait employé chez lui pendant une année, mais, s'étant aperçu qu'il gardait l'argent que les clients lui donnaient, il le renvoya.

Kehoe a déjà subi les condamnations suivantes : le 28 janvier 1880, pour avoir refusé de payer son cocher, avoir résisté aux sergents, il est condamné à trois mois de prison ; le 21 janvier 1882, pour ivrognerie et vagabondage, il est condamné à trois mois de prison ; le 23 juillet 1882, pour ivresse et bris de vitres, un mois ; le 10 mars 1883, pour assaut, quinze jours de prison ; le 7 juillet 1884, pour ivresse, trois mois de prison ; le 22 novembre 1884, pour ivresse, deux mois de prison. Kehoe a toujours haï le travail, il a fréquenté des compagnons ivrognes avec lesquels il s'adonnait aux excès de boissons et de femmes.

L'inculpé est bien constitué, de haute taille ; sa physionomie n'est pas agréable, il a des yeux profonds dans l'orbite avec une expression fauve.

Les recherches que j'ai faites sur les antécédents héréditaires ne m'ont donné qu'un résultat presque nul. Un frère est son seul parent à Montréal ; la mère est morte à l'âge de cinquante ans, de débilité générale ; elle avait eu un délire hallucinatoire trois

mois avant sa mort, elle n'a aucun parent au pays, et sa famille est inconnue au père.

Du côté paternel, il y aurait eu une grand'tante de l'inculpé qui serait devenue aliénée à l'âge de cinquante-huit ans ; pas d'alcoolisme du côté du père, qui n'est pas affaibli mentalement, quoiqu'il soit âgé de soixante-treize ans.

L'inculpé aurait eu dans son enfance des convulsions qui ne se sont pas répétées depuis ; il a marché et parlé à l'âge ordinaire ; il n'a rien présenté d'anormal dans sa jeunesse pour attirer l'attention du père, sauf une disposition à être seul ; il s'est masturbé pendant quelques années, et il a abandonné cette habitude après avoir eu des rapports avec des femmes. Il a le front un peu fuyant et présente une légère asymétrie faciale.

Commis par une ordonnance d'examiner l'inculpé, je l'ai vu pour la première fois le 13 juillet 1888, dix-huit jours après son arrestation.

Depuis son séjour dans la prison, Kehoe n'a pas prononcé une parole. Placé par le geôlier dans une cellule éclairée par une petite fenêtre vitrée, située près du plafond, il a réussi à se hisser à la fenêtre, il a brisé la vitre et, avec les morceaux, il s'est fait deux entailles sur le trajet des vaisseaux, l'une à la jambe et l'autre au poignet ; mais il avait eu le soin de ne couper que la peau et le tissu cellulaire ; il s'était assis dans sa cellule, où il a été trouvé par le gardien qui faisait la visite du matin. Il avait des attaques de fureur, au cours desquelles il se frappait la tête contre le mur, mais seulement lorsque le garde était près de lui pour l'en empêcher. Il eut aussi des crises de nerfs, pendant lesquelles il se jetait par terre et hurlait, il simulait des convulsions. Il ne voulait pas manger le jour, mais le soir, après le départ du geôlier, il demandait des aliments qu'il dévorait avec une grande avidité ; il en prenait une quantité suffisante pour jeûner le lendemain ; il ne dormait pas pendant deux nuits, et la troisième il dormait profondément. Tels étaient les symptômes observés par le geôlier et les gardes avant ma première visite. Interrogé, il ne répond pas, il regarde le parquet et fait des mouvements d'impatience parce qu'on le retient. Son corps est bien nourri, sa peau est claire, un peu chaude ; les sécrétions se font bien ; le pouls est à 107, dû à la suppuration des plaies ; la sensibilité est normale ; les pupilles sont égales, un peu dilatées et réagissant bien à la lumière ; il n'y a pas de tremblement fibrillaire des

muscles, ni aucun autre signe d'alcoolisme, pas de froid des extrémités, pas de coloration violacée de la peau, ni d'attitudes cataleptiques.

Les attaques de nerfs ne ressemblant à rien de connu, j'ai, en présence de Kehoe, ordonné au geôlier de le faire conduire à la douche aussitôt que l'attaque viendrait, et de répéter à chaque attaque.

Le 30 juillet, il est dans le même état : mutisme absolu, il déchire sa couverture, mais les attaques ne sont pas revenues. Le 23 juillet, même mutisme, plus de crises, plus d'attaques de fureur. Avant de le laisser je lui dis : « Je suis convaincu que vous simulez, vous ne m'en imposerez pas ; dans votre intérêt, vous feriez mieux de me laisser voir votre véritable état mental. »

Le 26 juillet, il avait sans doute réfléchi, car aussitôt que la porte de son quartier fut ouverte, il vint à ma rencontre et me demanda si je le croyais responsable de ses actes. Son regard se fixa sur moi, son œil était brillant et inquisiteur. Je lui recommandai alors de répondre fidèlement aux questions que j'allais lui adresser. Je lui demandai pourquoi il n'avait pas voulu me répondre avant ce jour. Il me répondit : « Parce que je n'ai pu parler avant ce matin. » C'était, en effet, la première fois qu'il parlait depuis son arrestation. J'ai conversé avec lui de tout ce qui s'était passé avant et après le meurtre ; sa mémoire est intacte, il me répète que c'était pour se venger de Donelly qu'il l'a tué ; il me dit aussi qu'il a perdu la mémoire, qu'il s'aperçoit qu'il devient fou depuis trois ans ; qu'il n'avait pas bu d'alcool depuis au-delà de six semaines (son père corrobore cette réponse) ; il dit qu'il a commis l'acte sous l'influence irrésistible d'une impulsion soudaine. Après mon départ, il a parlé avec les autres prisonniers du quartier, il a lu un journal, a bien mangé et bien dormi la nuit, mais depuis ce jour, il n'a plus parlé ; il simule la stupeur, mais il mange et dort bien.

Conduit devant le tribunal pour subir son procès le 1er septembre, il continue son rôle : il a la vue baissée, il s'appuie sur la rampe de la boîte, et lorsque le greffier du Tribunal lui demande s'il plaide coupable ou non coupable, il se trouble, ses traits s'animent, on voit qu'il se fait chez lui un combat intérieur : doit-il répondre... ? A la troisième interpellation, il relève la tête, sa figure se transforme, s'illumine et il répond d'une voix ferme : « J'ai déjà subi un procès (l'enquête faite par le Coroner) et je plaide non coupable. » Son avocat demande la remise de la

cause au mois de novembre, mais il s'y oppose, il veut son procès immédiatement ; mais le jury décide la remise, malgré ses protestations.

A partir de ce jour, il ne simule plus la stupeur, il répond aux questions autres que celles qui se rapportent au meurtre, et ce n'est qu'après avoir bien pensé et calculé ses réponses, qu'il devient persécuté. Il accuse le geôlier de la prison de mêler de la démence humaine à ses aliments pour lui ôter sa force et son intelligence; il se plaint que la nourriture a un mauvais goût, qu'on veut l'empoisonner; il dit un jour qu'il a perdu la mémoire et le lendemain qu'il se rappelle tout; il me dit qu'il ne pouvait pas parler avant d'être allé devant le tribunal; il se plaint qu'on lui a enlevé le cœur et le cerveau, qu'il ressent une sensation de vide à la place occupée par ces deux organes. Il me dit que son palais est tombé; un autre jour, que les mauvais aliments le fatiguent, le constipent, que le geôlier le maltraite; il me répète qu'il est fou depuis trois ans. Il mange beaucoup et dort bien, cependant il maigrit beaucoup; il a perdu cinquante livres depuis son arrestation. Suggéré par une question, il me répond le lendemain qu'il a eu des hallucinations de la vue il y a plus de trois ans, il voyait des soldats sur le mur dans le jour seulement, jamais la nuit; il ne se rappelle pas si c'était quand il avait bu.

Lors de ma dernière visite, je lui fis part de la crainte que j'entretenais pour sa santé ou son état d'amaigrissement. « Oui, dit-il, je ne pourrai pas endurer les fatigues de cette situation bien longtemps, je me sens devenir fou, cette tension continuelle a un effet terrible sur mes nerfs. » Il s'arrêta sur ce dernier mot, regrettant de s'être compromis dans ce moment de franchise, il me répéta ce qu'il m'avait toujours dit auparavant, qu'il n'avait plus de cœur, etc., etc.

Son procès eut lieu en novembre, il fut trouvé coupable par le jury et condamné à mort, mais sa peine fut commuée en l'emprisonnement pour la vie. En apprenant la nouvelle de la commutation de sa peine, il poussa un soupir de satisfaction et dit: « C'est mieux. » Mais le lendemain il continua son rôle ; il se promenait dans le quartier de la prison, menaçant et accusant le geôlier de le maltraiter. Il fut transporté au pénitencier de Saint-Vincent-de-Paul et de là à l'asile pour les aliénés criminels de Kingston, dans la province d'Ontario, et, après quelques semaines, ramené au pénitencier.

Aujourd'hui il ne simule plus, il est raisonnable, il travaille bien et ne parle plus de ses idées de persécution.

Il avait déja simulé la folie dans deux occasions précédentes, une fois dans la prison et une autre fois en présence du magistrat, et il avait réussi à se faire acquitter d'un vol commis au préjudice de son père, pour cause d'aliénation mentale. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Ph. Tissié pour la lecture de sa communication.

DE LA CAPTIVATION

CRÉATION DE ZONES IDÉOGÈNES

M. le Dr Ph. Tissié, *bibliothécaire universitaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.* — Albert D . . ., né à Bordeaux, le 10 mars 1860, entre à l'hôpital, le 3 mai 1886, dans le service de M. le professeur Pitres.

Hérédité. — *Père* hypocondriaque, mort de ramollissement cérébral à soixante et un ans.

Mère morte d'une fluxion de poitrine.

Frères : un très vigoureux [1], un autre hypocondriaque et céphalalgique.

Sœur se porte bien.

Pas de renseignements sur ses grands-parents.

Le malade. — *Commémoratifs.* — Tombe « tout droit » d'un arbre à l'âge de huit ans, perte de connaissance, vomissements. Dans la suite, violentes migraines, fièvres intermittentes, céphalalgies, névralgies dentaires. Bonne constitution, tempérament sec et congestif.

Voyages et désertion. Première fugue à l'âge de douze ans, se réveille à la Teste servant un marchand de parapluies ambulant. A partir de ce moment, Albert quitte très souvent Bordeaux, visite, tour à tour, tout le midi de la France, puis se dirige vers le nord de l'Europe pour lequel il a une prédilection manifeste. Il est souvent arrêté par la police qui le met en prison. Déserte deux fois de son régiment et, pendant ses deux désertions, visite la Belgique, la Hollande, l'Autriche, la Russie où il est arrêté comme nihiliste; au moment d'être pendu, on reconnaît son innocence; il passe en Turquie, revient en Autriche, visite la Suisse et deux fois l'Afrique, la seconde

[1] *Nota.* — Ce frère vient de mourir dernièrement d'une apoplexie cérébrale (1890).

comme condamné pour désertion. Fait jusqu'à 80 et 90 kilomètres à pied par jour. Est réformé pour perforation du tympan gauche. Vient toujours échouer à Bordeaux, où j'ai la bonne fortune de l'étudier presque quotidiennement entre ses fugues. Il a été l'objet de ma thèse inaugurale [1] à laquelle je renvoie pour tout ce qui concerne cette observation au point de vue de l'examen clinique et anthropométrique.

Champ visuel rétréci concentriquement. Zone hyperesthésique au sommet de la tête. Pas de trace de cicatrice sur la langue. Sueurs abondantes des mains et des pieds, hémoptysie hystérique. Onaniste incorrigible. Ne sait pas écrire, à peine sait-il lire, a appris un peu d'allemand pendant ses voyages; mémoire alternativement très sûre et très-infidèle; il se rappelle toujours les paysages qu'il a vus; volonté faible, caractère doux à l'état sain, méfiant quand vient la crise.

Captivation. — Albert entend parler à l'état de veille d'une ville ou d'un pays à visiter; il reste tranquille pendant un temps plus ou moins long, puis une nuit il rêve de ce qu'il a entendu, surtout le matin, de trois à cinq heures; il se lève et part, dans un sommeil somnambulique. Ce phénomène psychique est toujours précédé d'une excitation cérébrale survenue dans la journée. Pour qu'Albert soit captivé par l'idée de départ, il faut qu'il se soit livré à l'onanisme, qu'il ait éprouvé une grande contrariété ou une grande joie, ou qu'il ait vu devant lui une route bien unie et bien entretenue. Il souffre de la tête, son caractère change, on dirait qu'il a trop bu. Il prépare toujours ses fugues et ne s'en va jamais sans argent; il va jusqu'à porter des objets de ménage au mont-de-piété pour s'en procurer, et cela en état de crise. Il reste dans cet état d'un jour à deux mois; au réveil il se rappelle d'abord vaguement, puis plus distinctement. Endormi hypnotiquement, il se rappelle tous les plus petits détails avec une sûreté de mémoire étonnante.

État de crise. — J'ai pu observer Albert à l'hôpital, en pleine crise; figure turgescente, bouche entr'ouverte obliquement de droite à gauche, chute de la lèvre inférieure, physionomie hébétée, état demi-comateux, jambes ramenées vers le tronc. Ne m'entend pas quand je l'appelle; une légère pression de la zone hyperesthésique de la tête le réveille en sursaut, il pousse un cri de douleur, mais il retombe immédiatement dans le même état. *Il fait aller ses jambes dans son lit, il pédale.* Tout à coup, il éclate en sanglots, sa face devient plus turgescente, *ses jambes jouent plus rapidement*, il pleure et appelle sa femme, il voit l'infirmier, se croit à Orléans, il le prie d'écrire à Bordeaux pour rassurer sa famille. Il me prend pour un commissaire de police, dit être arrivé à Orléans, par le train, avoir emporté tout l'argent de chez lui, puis il retombe dans le sommeil, *ses jambes pédalent de nouveau.* « Ah ! qu'il fait chaud, en route, s'écrie-t-il tout à coup en s'adressant à des êtres qu'il croit voir dans son rêve, vous n'avez pas chaud, vous autres ? »

Anesthésie, à la figure, aux jambes, aux bras, aux mains et au tronc.

Hypoesthésie, au dos des pieds et aux testicules à la pression.

[1] *Les Aliénés voyageurs.* Paris, Doin, 1887

Hyperesthésie, à la plante des pieds et à la zone céphalique, une nouvelle pression de cette zone réveille subitement Albert, qui se dresse en sursaut sur son lit, furieux, regardant fixement l'infirmier. « Ah ! ne me touchez pas », s'écrie-t-il menaçant.

Aussitôt après, *violent besoin d'uriner*, violente céphalalgie. Amnésie. Il prend pour un chapeau le bassin qu'on lui fait passer et s'en coiffe, il se réveille peu à peu et devient gouailleur. — Envies de vomir, cette crise dure six heures. Placé en état de sommeil hypnotique provoqué, Albert présente les mêmes symptômes que ci-dessus. Il m'a donc paru intéressant de rechercher ce que devenait l'idéation de ce malade en dehors de la systématisation des voyages. Pour cela je l'ai endormi et j'ai créé des zones idéogènes.

J'ai voulu savoir comment il se comporterait entre deux suggestions d'ordre général, telles que : le *Vice* et la *Vertu*, le *Bien* et le *Mal*, la *Chasteté* et la *Lubricité*, etc.

Expériences

1° *Suggestions hypnotiques.* — Ayant endormi Albert, je lui dis simplement ces mots : « Le genou gauche représente la *Vertu*, le genou droit représente le *Vice*. » Cela fait, je note ce qui se passe. Je presse le *genou droit (Vice)*. — Albert prend un verre vide qui était sur la table et boit jusqu'à tomber par terre ; apercevant une photographie, il prend l'image pour la réalité, sa figure se congestionne et alors commence une scène érotique que j'arrête instantanément en pressant *le genou gauche (Vertu)*, Albert devient aussitôt fort chaste, ses propos sont honnêtes. Je presse *le genou droit (Vice)*. Il voit un portefeuille dans la poche d'un témoin d'une de ces expériences, il le lui vole et le met dans sa poche.

Je presse le *genou gauche (Vertu)*. Il rend le portefeuille à son possesseur en le remettant lui-même dans la poche.

Je presse à la fois le *genou gauche* et le *genou droit*. Albert est très indécis, il lutte violemment et finit par laisser le portefeuille à son possesseur ; mais il enlève une lettre qu'il renfermait et qui dépassait les rebords.

Je presse le *genou gauche*, il rend la lettre. Tout cela accompagné d'un jeu de physionomie impossible à décrire et qui me révèle la lutte s'établissant entre les deux suggestions.

2° *Suggestions post-hypnotiques.* — J'endors Albert et je crée douze zones idéogènes en même temps, entre autres celles du *médius gauche* qui lui donnera *l'envie d'éternuer*, celle de *l'auriculaire gauche* qui représente la *chasteté*, celle de *l'auriculaire droit* qui représente la *lubricité*, etc. , etc.

Je réveille mon sujet. La pression de chaque zone répond à la suggestion donnée, celle du médius gauche provoque l'éternuement : plus je presse, plus Albert éternue.

Mais la plus curieuse de toutes les suggestions est celle des auriculaires. Selon que je presse celui de la main droite ou de la main gauche, il passe par des alternatives de lubricité et de chasteté. Le jeu de sa physionomie est caractéristique. Albert se demande avec anxiété s'il ne devient pas fou,

il ne comprend plus rien à ce qui se passe en lui. Si je presse en même temps les deux doigts, il reste indécis, les sentiments passionnels sont en rapport avec l'intensité de la pression digitale.

La première fois que je fis cette expérience, j'avais oublié de supprimer ces deux suggestions; or voici ce qui se passa.

Le lendemain de ce jour Albert entre dans mon cabinet, pouvant à peine se traîner, il était abattu, ses traits étaient tirés. Il me raconta que la veille, une demi-heure après être sorti de chez moi, il avait rencontré un ami dans la rue. Il lui avait serré la main droite, et presqu'au même instant il entrait en érection. Aussitôt il se rappela la suggestion que je lui avais donnée et il passa sa journée à se presser tour à tour l'auriculaire droit et l'auriculaire gauche. Il eut plusieurs rapports conjugaux pendant la nuit, enfin le matin même, en se rendant chez moi, il avait pressé deux fois l'auriculaire droit et avait eu deux pollutions si violentes qu'il avait été obligé de s'arcbouter contre une maison pour ne pas tomber par terre.

L'inspection me prouva qu'Albert ne me trompait pas: sa chemise était toute maculée. Fait à noter: l'excitation génésique trop souvent répétée provoquait du tenesme rectal, contre lequel Albert luttait par la pression de l'auriculaire gauche, qui ramenait le calme en repoussant les idées lubriques.

J'endors mon sujet et je supprime cette suggestion; au réveil, il l'a complètement oubliée.

Discussion

1° *Diagnostic différentiel.* — Il résulte de cette observation qu'Albert n'est ni délirant, ni halluciné, ni dément, ni paralytique général, ni idiot.

Est-ce un neurasthénique, un impulsif, un somnambule ou un hystérique?

Albert est autre chose qu'un neurasthénique, si par neurasthénie on comprend les cérébraux, les surmenés, les demi déséquilibrés, les hystériques mal définis, etc. D'ailleurs la neurasthénie n'a jamais provoqué de phénomènes analogues à ceux que présente Albert.

Est-ce un impulsif? Ici je prends comme type de comparaison, se rapprochant le plus de mon sujet, celui que M. Charcot a étudié dans sa policlinique de la Salpêtrière [1], et je résume symptomatiquement les deux cas.

ALBERT	M..... *Malade de la Salpêtrière.*
1° Pas de vertige initial. Pas de paroles singulières et toujours les mêmes pour chaque accès. Pas d'engourdissement de la main, de la langue; pas de lumière dans les yeux, mais mal de tête au début.	Même état.

[1] *Policlinique de la Salpêtrière, leçons du Mardi,* 31 janvier 1888.

2° Part à la suite d'un rêve et vit pendant un temps plus ou moins long dans un rêve actif. Il a l'air d'avoir trop bu.	S'endort dans une voiture ; on le réveille, il commence à oublier, sa patronne remarque qu'il a l'air tout drôle.
3° Prépare ses fugues et ne s'en va jamais sans argent.	Ne prépare pas ses fugues.
4° Part toujours le matin.	Part dans la journée.
5° Une forte contrariété est une des causes d'ébranlement psychique provoquant l'état de crise et les fugues.	S'emporte, mais ne part pas.
6° A l'état de veille se rappelle en réfléchissant.	Ne se rappelle que très vaguement.
7° A été endormi et étudié pendant trois ans. Retrace toute la vie dans l'état hypnotique et se souvient alors de ce qu'il a oublié à l'état de veille.	N'a pas été endormi.
8° A été étudié en pleine crise à l'hôpital.	N'a pas été observé dans une de ses crises.
9° Rétrécissement concentrique du champ visuel.	Pas de rétrécissement.
10° Hémoptysie hystérique.	Pas d'hémoptysie.
11° La zone céphalique provoque le réveil.	Pas de zone, pas de réveil provoqué.

De tout ce qui précède, je conclus qu'Albert n'est pas atteint d'épilepsie larvée. C'est un hystérique somnambule et non un *original*, comme le désigne M. Charcot [1] ; mais je suis avec le maître quand il dit : « nous ne voyons jamais l'épilepsie chez les somnambules, mais bien plutôt l'hystérie » [2].

Albert est donc un hystérique somnambule : c'est un *captivé*.

Je désigne sous le nom de *captivés*, toute une catégorie de malades qui accomplissent des actes pathologiques sous l'influence d'un désir impérieux et conscient qui s'impose à leur volonté et la maîtrise. Ce désir peut être provoqué par une influence extérieure : la suggestion. Le sujet accomplit alors des actes pendant et après le sommeil hypnotique dans lequel il a été mis.

Cependant, à côté de ces types si bien étudiés aujourd'hui et parfaitement connus, on en trouve un autre moins accentué, chez lequel la suggestion s'établit indirectement. Une idée émise devant lui dans le cours d'une conversation, à l'état de veille, se reproduit généralement dans le sommeil qui la renforce ; elle prend alors une telle intensité qu'elle envahit, domine

(1) *Bulletin médical* du 3 mars 1889, p. 276, col. 3.
(2) *Policlinique de la Salpêtrière*, 31 janvier 1888, p. 168.

et captive le sujet, qui agit dans un rêve actif (1). La *captivation* force Albert à partir et à abandonner ses intérêts et sa famille.

2° *Médecine légale.* — Albert est-il responsable, peut-il jouir de tous ses droits?

En état de crise, Albert est irresponsable, c'est évident. Mais il l'est encore quand la crise se prépare et quand elle finit, le point difficile à bien délimiter est celui de savoir quand commence et quand finit sa responsabilité. Pour le cas présent, je crois qu'on peut admettre l'irresponsabilité dès que surviennent le changement de caractère et la céphalalgie, et tant qu'Albert aura l'air hébété ou tout drôle. Quant à ses droits civils, j'estime qu'on doit les lui enlever; la question d'interdiction va être posée devant le tribunal de Bordeaux par sa femme même, qu'il a mise dans la misère en vendant des objets de ménage pour partir, ou en retirant de l'argent de la caisse d'épargne.

Au point de vue de la médecine légale, la création des zones idéogènes peut avoir une certaine importance. — Dans l'espèce, pourrait-on condamner un hypnotiseur qui aurait créé deux zones, une de lubricité et l'autre de chasteté, chez un sujet bien entraîné, afin de lui faire accomplir des actes criminels? Le moi du sujet est libre, la preuve c'est qu'Albert ramène le calme par la pression de la zone « chasteté », après que celle de « lubricité » l'a trop fatigué. Légalement cela me paraît difficile, puisque le sujet est en possession de son libre arbitre. Une raison de plus pour que l'hypnotisme soit réglementé par une bonne loi.

Maintenant que deviendra Albert? La suggestion hypnotique a donné d'excellents résultats. Sous son influence il n'est pas parti pendant un an et demi, tant que j'ai pu l'endormir régulièrement. Ce sujet est fort intéressant, car de même qu'un rêve provoque un départ, de même qu'une suggestion contraire déplace le rêve, un rêve semblable déplace pendant la nuit la suggestion donnée la veille. Il faudrait donc endormir Albert tous les matins, à son réveil, pendant quelque temps. J'ai à ce sujet des observations très probantes que le cadre de ce travail ne me permet pas de citer (2).

CONCLUSIONS

1° Albert est un captivé. Il diffère de l'épilepsie larvée en ce qu'il raisonne ses fugues, qu'il les prépare, que l'accès survient peu à peu, qu'il est renforcé presque toujours par un rêve.

2° Albert systématise dans un voyage à faire.

3° Placé en état de sommeil hypnotique, il se rappelle tous les actes accomplis en état de somnambulisme.

(1) *Le Captivé au point de vue médico-légal.* (Ext. *Bulletin de la Société d'anthropologie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, I, IV, 1887.)
(2) Ph. Tissié. — *Les Rêves — Physiologie, Pathologie.* Paris 1890.



4° Le besoin de partir étant généralement créé par un rêve, on peut déplacer celui-ci par la suggestion hypnotique. Mais chez Albert, la suggestion étant elle-même déplacée par un rêve, il faudra lui appliquer le traitement suggestif tous les matins à son réveil pendant quelque temps.

5° Albert est irresponsable pendant la période de préparation et de déclin de ses crises et pendant ses crises elles-mêmes, il est responsable dans les intervalles.

Cependant, étant donnés la répétition des crises et le soin tout particulier qu'il met à assurer pécuniairement les moyens nécessaires à ses fugues, il doit être légalement interdit. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à midi.

SÉANCE DU SAMEDI SOIR 10 AOUT 1889

PRÉSIDENCE DE MM. BALL & FALRET

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente.— ASSISTANCE ET PATRONAGE DES ALIÉNÉS ; COLONIES AGRICOLES ; INSPECTEURS RÉGIONAUX par M. Baume. — DE LA CRÉATION D'ANNEXES AGRICOLES AUX ASILES DE TRAITEMENT, par M. Taguet ; discussion : MM. Charpentier, Falret, Christian, Ritti, Féré, Vallon, Labitte, Soutzo, Cullerre, Chaslin. Adoption d'un vœu relatif au développement des colonies agricoles et des sociétés de patronage des aliénés.— DE LA SORTIE DES ALIÉNÉS ASSASSINS, par M. Rouillard ; discussion : MM. Charpentier, Giraud, Baume, Christian, Regnard, Vallon, Rouillard, Deni, Rey. Adoption d'un vœu relatif à la création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. — Clôture du Congrès : MM. Falret et Ritti. — Adoption du procès-verbal de la séance.

La séance est ouverte à deux heures.

M. CHARPENTIER, *secrétaire,* donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Ce procès-verbal est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Baume pour la lecture de sa communication.

ASSISTANCE ET PATRONAGE DES ALIÉNÉS

COLONIES AGRICOLES. — INSPECTEURS RÉGIONAUX

M. le Dr BAUME, *médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés.* — Messieurs, en analysant, dans les *Annales médico-psychologiques* (novembre 1886), l'immense et remarquable rapport de M. Théophile Roussel sur le projet de revision de la loi de 1838, je faisais ressortir que la question de la dépense constituerait la plus grosse difficulté pour la mise en pratique de l'article 1er du projet de loi. D'après l'éminent rapporteur, le nombre des aliénés internés en 1838 était de 8.390 ; il se rapproche aujourd'hui de 50.000, sans

compter un nombre égal d'aliénés et idiots laissés à domicile où ils ne reçoivent encore ni surveillance, ni protection légale.

« C'est par l'accumulation dans les asiles publics de sujets incurables, de déments inoffensifs, d'idiots, d'imbéciles, que s'est produit l'encombrement considéré aujourd'hui comme la plus grande plaie du service des aliénés. »

S'il y a unanimité d'opinion sur le mal, les avis sont divergents quant au remède. Les uns préconisent l'extension indéfinie des asiles, les autres les secours à domicile, d'autres encore recommandent le placement des aliénés chez des nourriciers, comme à Gheel, en Belgique.

Après des discussions approfondies, la commission sénatoriale a écarté ces trois systèmes et montré ses préférences pour le système des colonies annexes, qui ont obtenu de remarquables succès à l'étranger.

« C'est par les progrès dans cette voie, dit M. Théophile Roussel, qu'on parviendra à faire cesser l'encombrement si fâcheux pour les malades et pour les finances des départements...

« La création de ces colonies d'aliénés repose sur cette donnée que des occupations régulières, la discipline, les bons procédés, la vie au grand air, sont d'excellents moyens de guérison et d'excellentes mesures économiques, et qu'on peut, en les appliquant bien, obtenir du plus grand nombre des malheureux entassés dans les établissements fermés le maximum du rendement en travail, en même temps qu'on leur assure la plus grande somme de bien-être et de liberté, et qu'on réduit au minimum les frais de l'assistance.

« En France, on a reconnu de très bonne heure les avantages des exploitations agricoles annexées aux asiles d'aliénés..... Nos asiles départementaux ont fait presque tous de grands progrès dans cette voie en s'annexant des terrains à cultiver : *mais c'est seulement par la colonisation des aliénés* que l'on obtiendra des résultats décisifs... »

. . . .

C'est ainsi que la commission sénatoriale a été amenée à inscrire, dans l'article 1er du projet de loi voté par le Sénat, ce qu'on peut appeler *le principe* des asiles fermés, réservés aux aliénés curables et dangereux, et des colonies agricoles *distinctes*, destinées aux autres catégories.

Mais on n'a fixé aucun délai pour cette réforme, on n'a pas indiqué les voies et moyens pour la mettre en pratique ; c'est donc un texte de la loi, destiné à rester lettre morte par la prolongation indéfinie du *statu quo*, car les départements et les communes, déjà obérés par les charges de l'assistance, ne s'entraîneront pas tout seuls à doubler ces charges, soit pour créer des colonies, soit pour étendre les bienfaits de l'assistance.

Or, comme nous le disait M. Falret à la première séance, on ne détruit réellement que ce que l'on peut remplacer.

Messieurs, je suis persuadé que ce système est réalisable sans entraîner de lourds sacrifices, *que les voies et moyens* existent, et que le système, complété par le patronage des aliénés à leur sortie, peut répandre d'immenses bienfaits. C'est à le démontrer que j'ai consacré le présent travail, et j'espère y réussir en développant devant le Congrès les trois propositions suivantes :

Première proposition. — *Les asiles sont destinés à recevoir en traitement ou en observation les aliénés curables et les aliénés ou idiots dangereux. La durée de la période de traitement ou d'observation est laissée à l'appréciation du médecin en chef.*

Dans un délai de cinq ans, à partir de la promulgation de la loi, les départements devront créer, sous le nom de colonies agricoles, des annexes distinctes, quoique dépendantes et aussi rapprochées que possible des asiles publics, pour y déverser les aliénés ou idiots valides, paisibles et ayant achevé à l'asile leur période de traitement ou d'observation.

Ces colonies agricoles, qui relèveront de l'administration de l'asile, seront placées sous les soins immédiats d'un médecin adjoint, d'un agent comptable, d'un chef de culture et de préposés en nombre suffisant.

Deuxième proposition. — *Le travail des aliénés sera développé sur la plus large échelle dans un triple but d'hygiène et de traitement, d'ordre et d'économie, d'assistance et de patronage.*

Le montant de la vente et le montant de l'évaluation des produits du travail réservés à la consommation de la population de l'asile ou de la colonie seront attribués comme suit : un dixième aux pécules des aliénés travailleurs, un dixième au fonds de réserve à créer pour l'œuvre du patronage, et les huit autres dixièmes au profit de l'asile pour amortir les frais de fondation de la colonie et diminuer ensuite les charges de l'assistance.

Il sera créé dans chaque département, avec membres correspondants dans toutes les communes, une société de patronage, chargée de suivre et au besoin d'assister à domicile les aliénés indigents en faisant appel aux subventions publiques et aux ressources de la charité privée. Les aliénés indigents sortant des asiles seront assistés, à l'aide de leurs pécules et du fonds de réserve ci-dessus mentionné.

TROISIÈME PROPOSITION. — *Pour assurer l'exécution de la loi et le contrôle de toutes les branches du service des aliénés, l'inspection générale comprendra : un inspecteur général résidant à Paris et neuf inspecteurs régionaux répartis dans les départements. Ces postes seront réservés, à titre d'encouragement et de récompense, aux directeurs et médecins en chef d'asiles publics qui se seront le plus distingués dans l'exercice de leurs fonctions.*

PREMIÈRE PROPOSITION

ASILES DE TRAITEMENT ET COLONIES AGRICOLES

La création de ces colonies doit avoir pour double objectif de remédier à l'encombrement des asiles *dans le présent et dans l'avenir* et de créer des ressources pour l'Assistance publique.

A mon avis, ces colonies doivent être à la fois *distinctes, dépendantes* et *aussi rapprochées que possible* des asiles ; même administration, mêmes intérêts ; l'autorité du directeur-médecin s'exerçant à la fois sur l'asile et sur la colonie ; un médecin adjoint remplissant dans celle-ci le rôle de sous-directeur, aidé par un agent comptable qui relèverait du receveur-économe, par un chef de culture et par des préposés en nombre suffisant.

Les habitations de cette colonie, *fermées par un mur d'enceinte*, formeraient le centre d'une grande exploitation agricole comprenant au moins 100 hectares.

Je suis persuadé qu'on pourrait dresser et appliquer au travail la moitié des aliénés et idiots internés dans les asiles. Dans leur état d'encombrement actuel et avec la superficie restreinte des terrains annexés, la chose n'est guère possible. A la colonie, beaucoup de déments ou d'idiots, restés jusqu'alors inoccupés, s'encadreront vite dans les rangs au moment où le tambour appellera tout le monde aux champs. L'exemple sera contagieux. Une vie plus libre, une ration de tabac à obtenir, un pécule à gagner, la sortie à mériter, la possibilité de rentrer, même avant

guérison, au foyer de la famille en y apportant avec l'épargne l'appui du patronage, seraient des stimulants précieux pour décider les plus récalcitrants. De leur côté, les familles, rassurées par l'expérience faite dans cette vie d'épreuve en demi-liberté, ne montreraient plus les mêmes appréhensions pour consentir à ces sorties à titre d'essai qu'autorise l'article 49 de la nouvelle loi.

En gardant à l'asile 10 à 15 p. 100 des travailleurs choisis parmi les aliénés curables pour les occuper aux travaux intérieurs, aux ateliers de couture, de menuiserie, aux détails de la petite culture, etc., il resterait encore 35 à 40 p. 100 de la population de l'asile dont les bras pourraient être utilisés. C'est-à-dire qu'un asile de 500 aliénés pourrait en déverser près de 200 à la colonie.

Charges de cette fondation.

Je ne puis donner sur ce point que des indications, le prix des terrains et des constructions variant dans beaucoup de départements.

Si je prends pour type une colonie à fonder avec 200 aliénés sur 100 hectares de terre de moyenne valeur, je pense qu'en s'écartant des villes on doit obtenir l'hectare à 1.500 fr., ce qui ferait . . . . 150.000 fr.

Il faudrait consacrer aux bâtiments de ferme, au cheptel et à l'outillage environ. 50.000

Les 200 places d'aliénés avec les bâtiments de service, mobilier, vestiaire et frais imprévus, pourraient être réalisées avec 1.500 fr. par place, soit 300.000

Le capital de fondation de cette colonie s'élèverait donc à . . . . 500.000 fr.

Un empunt de 500.000 fr. au Crédit foncier, avec amortissement en trente ans, exigerait le service d'une annuité d'environ. . . . . 30.000 fr.

A cette charge temporaire il faudrait ajouter l'impôt, l'assurance, l'achat d'engrais, semences et arbustes, l'entretien et le renouvellement du matériel ; je crois évaluer largement ces charges à 10.000

Les charges totales pesant sur la colonie pendant l'amortissement s'élèveraient donc à. . . . . . 40.000 fr.

Produits à retirer de la colonie.

Il faudrait retirer de l'exploitation agricole la plus grande masse possible de produits réservés à la consommation de la colonie et de l'asile (céréales, viande, lard, lait, beurre, fruits et légumes, cidre ou vin, bois de chauffage, etc.).

Je trouve, dans mon compte moral de l'asile de Quimper pour l'exercice 1882, qu'une exploitation agricole de 60 hectares a produit en denrées utilisables pour la consommation de l'asile, ou vendues comme excédent des besoins, une somme de 36.000 fr., soit une moyenne de 600 fr. brut par hectare. La moitié des terres exploitées provenaient de location.

Je pense qu'on arriverait à obtenir, par une culture bien ordonnée, les mêmes résultats sur une terre appartenant à la colonie agricole. Les 100 hectares y produiraient donc une valeur brute de. . . . . 60.000 fr.

Après en avoir déduit l'amortissement et les frais totalisés plus haut à. 40.000

Il resterait encore . . . . 20.000 fr.
applicables soit aux pécules, soit à l'assistance et au patronage.

Je ne fais pas entrer dans les charges de la fondation les frais d'entfetien et de surveillance des aliénés placés dans la colonie. Ces frais doivent être couverts par le prix de journée, tout comme à l'asile, jusqu'à ce que, l'amortissement terminé, ils puissent être réduits dans une très sérieuse proportion, de moitié peut-être. Le département arriverait ainsi à pouvoir assister ses colons, moyennant un prix de journée de 50 à 55 centimes, après être devenu propriétaire d'une importante colonie sans rien débourser.

Messieurs, si l'on trouvait ces résultats ou évaluations exagérés, il suffirait de faire valoir qu'il y a dans l'espèce un énorme avantage : le producteur se doublant du consommateur, la défaite est assurée sur place aux prix rémunérateurs que ferait payer l'adjudication. Je passe sous silence l'avantage d'avoir des denrées plus pures en les produisant.

J'ai pris pour base les résultats obtenus lentement à l'asile de Quimper. Beaucoup de mes collègues peuvent en citer de pareils, et j'en ai vu de plus rapidement réalisés dans mon voisinage.

Il n'y a pas quatre ans, s'ouvrait, près de Vannes, l'asile de Lesvellec, au milieu de 60 hectares de landes offrant l'aspect le

plus aride. L'asile n'avait pas de murs d'enceinte. Le D[r] Taguet inaugurait le service avec 500 aliénés, hommes et femmes, qu'il ne connaissait pas, qu'il fallait installer et occuper. Aujourd'hui, 40 hectares défrichés autour de l'asile sont couverts de belles récoltes et ce travail, exécuté à air libre, en dehors des murs, n'a produit que des bienfaits et aucun accident. Cet exemple, très utile à invoquer pour les fermes annexées, milite tout aussi bien en faveur des colonies distinctes.

Je viens d'indiquer la voie de l'emprunt et de l'amortissement comme moyen économique de fonder des colonies agricoles. Bien des asiles doivent leur développement à ce système. Je crois être entré, en 1861, le premier, dans cette voie pour l'asile de Quimper, avec l'encouragement et l'appui d'un éminent administrateur, M. Henri Durangel, auquel le service des aliénés est redevable de grands progrès. Le département du Finistère, qui avait devancé de quatorze ans la loi de 1838, pour créer son quartier d'aliénés, avait fini par se lasser dans ses sacrifices pour refondre une œuvre primitivement mal conçue. Il restait énormement à faire et il fallait fonctionner avec un prix de journée de 90 centimes. Je demandai au travail des aliénés et à des emprunts gradués avec prudence le moyen d'*industrialiser* l'asile, pour combler les lacunes les plus pressantes et créer les ressources nécessaires à son achèvement. Le système a réussi au delà de toute attente : les emprunts prennent fin cette année, en laissant disponible *une moyenne de bonis ou excédents de recettes ordinaires sur dépenses ordinaires* de 26.000 fr., y compris 2.600 fr. pour l'œuvre de patronage. La valeur de l'asile, estimée par une commission d'experts, dépasserait 1.300.000 fr. à l'état neuf. Sa valeur actuelle est fixée à 1.025.806 fr. Les déboursés du département ne se sont élevés qu'à 396.450 fr.!

Émerveillé sans doute de ces résultats, le conseil général du Finistère, si découragé il y a trente ans, vient de voter, au pied levé et d'un seul coup, un emprunt de 485.000 fr. pour achever l'asile et doter sa caisse de retraite ! Il y aura bien quelques mécomptes, car l'amortissement est gagé sur des bonis qu'on a portés par erreur à 36.000 fr., quand ils atteignent seulement 26.000fr. comme création de ressources nouvelles, ce qui est déjà fort beau.

Mais l'exemple ne m'en a pas moins paru très concluant à citer en faveur d'un système aussi fructueux que celui des colonies agricoles, où tous les efforts convergent vers la production.

Mais, Messieurs, je n'hésite pas à dire, bien que je l'aie pratiqué, que le système des emprunts est un pis aller auquel il ne faut recourir que si l'on ne peut faire autrement. Il saute, en effet, aux yeux que, pour un emprunt de 500.000 fr., trente annuités de 30.000 fr., coûteront 900.000 fr. Il y a là 400.000 fr. d'intérêts dont on pourrait économiser au moins une partie, en n'empruntant que la moitié de la somme, en faisant concourir, au surplus de la dépense, les bonis que possèdent presque tous les asiles et au besoin une légère augmentation du prix de journée ; les départements et les communes ne seraient-ils pas intéressés à hâter le fonctionnement de l'œuvre du patronage qui leur rendrait au quadruple un sacrifice momentané, en faisant cesser l'encombrement, en guérissant davantage, en permettant de renvoyer et de secourir un certain nombre d'aliénés améliorés ?

Objections contre le système des colonies agricoles.

J'en rencontre deux sérieuses :

1° Il n'y a pas de démarcation certaine entre les aliénés curables et incurables, dangereux et non dangereux.

2° Le système des colonies agricoles peut exposer à des accidents multiples et faire encourir des responsabilités vis-à-vis des tiers.

Il est bien vrai que, dans tous les classements, il y a des limites incertaines. En ce qui concerne les curables et les incurables, l'erreur sera sans préjudice, puisque le transfèrement à la colonie ne sera effectué qu'après épuisement des chances de guérison ; qui dit d'ailleurs qu'un aliéné végétant, incurable à l'asile, ne se réveillera pas avec ses facultés à la colonie, sous l'influence d'une vie nouvelle ? En tous cas, il n'y a aucune nécessité de qualifier d'incurables les sujets envoyés à la colonie.

Je reconnais que la distinction entre les aliénés dangereux et non dangereux est plus difficile et que l'erreur est plus grave. En pratique, si l'aliéné ne s'est montré dangereux ni avant son admission ni pendant une observation de un an ou deux, le médecin en chef sera fondé à le diriger sur la colonie. S'il existe des doutes sérieux, il sera sursis à ce transfert. La question ne se pose-t-elle pas de la même manière pour un aliéné qu'on fait travailler en dehors des murs de l'asile et même à l'intérieur? N'est-elle pas

identique pour l'aliéné amélioré dont on demande la sortie, et qui peut subir une rechute terrible aussitôt rentré chez lui ? Si des craintes et des précautions exagérées à cet égard devaient servir de règle, si les médecins d'asiles étaient exposés à devenir responsables des actes des aliénés, soit à l'asile, soit à la colonie, soit rendus à la liberté, ils n'auraient plus qu'une ressource pour se couvrir : celle de laisser les aliénés renfermés dans leurs préaux ou de revenir aux cabanons; le législateur lui-même ferait œuvre puérile en consacrant dans l'article 1er le principe des colonies agricoles, en autorisant à l'article 49 les sorties à titre d'essai pour les aliénés non guéris.

Qui veut la fin veut les moyens; aussi vous prierai-je, Messieurs, d'examiner s'il n'y a pas lieu de demander au législateur de rapporter l'article 15 de la loi des 19-22 juillet 1791 et l'article 475 du Code pénal qui déclarent passibles de peines de police correctionnelle « *ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux ou des animaux malfaisants ou féroces* ». A l'occasion du Centenaire de 1789, ce n'est pas trop demander que d'effacer cette assimilation inscrite dans la loi de 1791 !

Qu'on rende le médecin, comme tous les fonctionnaires, responsable de négligences ou de fautes lourdes, tout le monde est d'accord, mais il ne faut pas que le médecin soit exposé à devenir la victime de sa philanthropie.

Du reste, ces colonies qui sont entrées avec succès dans la pratique en Belgique, en Allemagne, en Angleterre et surtout en Écosse, n'offriront pas plus de dangers que les fermes annexées aux asiles, sans être entourées de murs et dont sont dotés aujourd'hui presque tous les établissements. Enfin, s'il devenait nécessaire de supprimer l'objection en entourant la colonie d'un vaste mur d'enceinte, la dépense de ce mur ne serait pas excessive en recourant aux bras des aliénés.

Je puis citer deux essais de colonies d'aliénés pratiqués à l'asile de Quimper : l'un, de 1860 à 1862, fut tenté à 12 kilomètres de l'établissement, au château du Pérennou. Douze aliénés et trois surveillants partant de l'asile le lundi matin n'y rentraient que le samedi soir. Ils étaient occupés à extraire, pour nos constructions, le moellon qu'une barque apportait à quai. Le généreux propriétaire, M. l'abbé du Marhallach, membre de la Commission de surveillance, cédait son moellon, logeait gratuitement nos hommes et suivait cette expérience avec une vive sollicitude. C'était pour

les aliénés une vie relativement libre ; 36 aliénés ont passé par là, 29 ont été renvoyés guéris. Il n'y eut à regretter ni évasion, ni accident, ni manquement aux étrangers.

Cet essai fut invoqué comme argument, en 1865, auprès du Conseil général pour obtenir la location de la propriété de Kerbasquiou, distante de un kilomètre de l'asile, contenant 16 hectares et une maison d'habitation dans laquelle furent installés en permanence 23 aliénés avec 3 surveillants et un chef de culture.

Ce deuxième essai de colonie, tenté sur un terrain de location, dura cinq ans et demi ; il fut marqué par quelques évasions devenues de plus en plus rares, mais il n'y eut aucun accident à regretter.

Je ne puis malheureusement pas en dire autant pour l'atelier de culture sortant tous les jours de l'asile. Le meurtre d'un aliéné par un autre ensanglanta la matinée du 11 avril 1866, sous l'influence d'un orage subit. Le meurtrier était paisible depuis dix-huit mois et habituellement inoccupé. Il ne put donner que cette explication: « Cet homme ne m'avait rien fait, je ne sais pourquoi je l'ai tué. J'étais bien content d'aller au travail ; il y avait trop longtemps que je ne faisais rien... »

Ce douloureux événement surexcita un moment l'opinion. On nous accusait de détenir des gens non aliénés, tant qu'on les voyait paisibles. Après l'accident, on ne pouvait pas comprendre pareille témérité de mettre des instruments entre les mains d'aliénés. On oubliait que, la même année, des événements semblables avaient lieu dans l'intérieur des asiles de Dijon et de Marseille.

Je cite loyalement cet exemple qui semble venir à l'encontre de ma thèse, en faisant remarquer toutefois qu'il ne s'est pas produit à la colonie, mais à la ferme annexe de l'asile, et que, sous ce rapport, l'un et l'autre système sont exposés, comme l'intérieur de l'asile lui-même, à des accidents heureusement fort rares et qui constituent la rançon de grands bienfaits dont profitent une masse de malheureux.

En fait, ce meurtre est le seul accident grave que j'aie eu à regretter pendant une direction de vingt-huit ans, après avoir développé le travail des aliénés sous toutes ses formes et dans des conditions parfois périlleuses !

Je crois, en conséquence, que le système des colonies d'aliénés peut entrer dans la pratique en France, comme dans les pays où son application a donné de bons résultats.

DEUXIÈME PROPOSITION

TRAVAIL DES ALIÉNÉS. — PÉCULE. — FONDS DE RÉSERVE ET PATRONAGE

Messieurs, vous connaissez tous l'importance du travail des aliénés comme moyen de traitement et de production; il faut le développer dans sa plus haute puissance, soit à l'asile, soit à la colonie, pour en faire aussi *l'instrument du patronage des aliénés indigents*.

Il est juste de prélever sur la valeur économique du travail des aliénés une première part, comme encouragement sous forme de pécule, et une deuxième part, *ou fonds de réserve*, pour permettre de les patronner à leur sortie. Je propose d'attribuer :

Un dixième de la valeur des produits aux pécules ;

Un dixième de la valeur des produits aux fonds de réserve.

Huit dixièmes au budget de l'asile, pour faire face aux frais de production et à l'amortissement des frais de fondation de la colonie.

L'amortissement terminé, on augmenterait le fonds de réserve.

Messieurs, la constitution de ce fonds de réserve serait la première pierre posée pour l'œuvre du patronage, qui doit être le complément indispensable d'une bonne législation sur les aliénés. En vain fera-t-on cesser l'encombrement des asiles par la création des colonies, en vain aura-t-on édicté, par les articles 7 et 8 du nouveau projet de loi, la surveillance et la protection des aliénés à domicile ; ces mesures ne peuvent être réellement efficaces qu'en demandant au patronage les moyens moraux et financiers de diminuer les rechutes et de décider les familles à garder et à soigner leurs aliénés infirmes ou inoffensifs. — Depuis la loi de 1838, le courant porte les familles à se décharger de leurs aliénés et idiots sur les asiles. Il faut que la loi nouvelle crée un contre-courant.

La voie nous a été tracée dans cette direction par deux éminents maîtres, MM. Falret et Baillarger.

En 1841, M. Falret père et l'abbé Christophe, aumônier de la Salpêtrière, commencèrent à patronner à domicile, dans Paris, les aliénées sorties de cet hospice. De 1841 à 1843, ils ont jeté les bases de l'œuvre du patronage, rédigé les statuts, réuni les souscriptions, créé un conseil supérieur et mis ce conseil sous la présidence de l'archevêque de Paris.

En 1843, on a ajouté au patronage à domicile un asile, rue Plumet, 35; transporté plus tard à Vaugirard, cet asile fut définitivement installé à Grenelle, rue du Théâtre, n° 52, sous le nom d'*Ouvroir Sainte-Marie*.

De son côté, M. Baillarger installait en 1843, avec le concours de M. le duc de La Rochefoucauld-Liancourt, de M. de Kergorlay, etc., un patronage en faveur des aliénées sorties guéries de la Salpêtrière. Au bout de quelques années, cette société s'est fusionnée avec celle fondée par M. Falret, et, depuis, M. Baillarger a fait partie du comité administratif et du conseil général de l'œuvre. L'œuvre a prospéré, grandi.

En 1888, l'asile-ouvroir a reçu 114 convalescentes.

Les secours à domicile se sont étendus à 845 patronnées.

Ces résultats ont été obtenus à l'aide d'un budget de 38.129 fr., dont 2.540 fr. provenant de rentes, 2.405 fr. du travail des patronnés, 6.500 fr. de loteries, 25.184 fr. de sermons de charité, de souscriptions et dons particuliers, 1.000 fr. de subvention du Ministère de l'intérieur et 500 fr. de la Préfecture de la Seine.

Les dépenses, égales aux recettes, ont été ainsi réparties : frais généraux et entretien du matériel, 5.484 fr.; frais applicables au personnel secouru à l'ouvroir, 25.601 fr.; secours en argent, 7.043 fr.

L'asile-ouvroir représente une valeur de 150.000 fr.

Le comité administratif de cette œuvre est composé de quinze membres ; il est présidé par M. Jules Falret qui continue si dignement les traditions paternelles.

Ce comité administratif a pour auxiliaires, on pourrait dire pour chevilles ouvrières, des sœurs qui quêtent à domicile, font affluer les produits de la charité, exercent individuellement le patronage. Elles apportent près de 20.000 fr. par an à cette œuvre qui, sans elles, ne pourrait fonctionner.

Messieurs, il m'a paru intéressant d'entrer dans quelques détails sur cette société de patronage qui compte près d'un demi-siècle d'existence; elle peut offrir, soit par ses statuts, soit par son mode de fonctionnement et surtout par les résultats obtenus, un exemple à imiter dans tous les départements en en modifiant l'organisation suivant les besoins et suivant les lieux [1].

(1) Il est juste de rappeler que M. David Richard, directeur de l'asile du Bas-Rhin, y pratiquait dès 1842 le patronage. Notre collègue M. Dagonet, qui fut le collaborateur de cette œuvre, m'apprend qu'une des ressources en était demandée, à titre de don gracieux, aux familles des pensionnaires guéris. C'est là un détail très intéressant à connaître ; car, en fait de soulagements à apporter à la misère, il n'y a pas de sources ni de quantités négligeables.



Une autre société de patronage, fondée à Nancy en 1848, pour les enfants trouvés, les sourds-muets et les aveugles, vient aussi en aide à des aliénés sortis de l'asile de Maréville.

Messieurs, je me trouve dans une situation fort délicate pour vous entretenir de l'œuvre de patronage que j'ai voulu fonder en 1880, à l'asile de Quimper, au profit des aliénés indigents. Les *Annales* (numéro de mars 1882) en ont publié le projet et les statuts ; M. Théophile Roussel en a donné une analyse dans la note n° 33 de son rapport.

Cette œuvre se distinguait de ses devancières en ce sens que je demandais au travail des aliénés les premières et, au besoin, les principales ressources comme point de départ du patronage, pour assurer aux aliénés indigents du pain après leur sortie de l'asile.

L'industrie de la brique n'existait pas à Quimper ; en 1879, nous venions de réussir ce produit en assez grande quantité pour les besoins de l'asile. Nous étions dans les meilleures conditions pour donner le caractère permanent à cet industrie, à la condition expresse d'en attribuer le bénéfice net à l'œuvre du patronage des aliénés indigents et d'éviter d'en faire une source de bénéfices pour l'établissement.

Accueillie sur cette base avec faveur, et recommandée par l'Administration supérieure, sanctionnée par les votes unanimes et réitérés du Conseil général du Finistère, cette œuvre débutait par de magnifiques résultats quand elle se heurta aux convoitises du commerce et de l'industrie privée ! Obstacles et manœuvres de toutes sortes, menaces de procès, adversaires inattendus, sophismes et arguments contradictoires, rien ne lui a été épargné ! On a trouvé moyen de soutenir tout à la fois que cette œuvre, jouissant de trop grandes facilités, empêchait toute concurrence, et qu'elle devenait une cause de déficit, de faillite possible pour l'asile ! Pour se dispenser de patronner de pauvres indigents, on affirmait que l'œuvre ne faisait pas ses frais ; pour le prouver, on distrayait les briques de leur destination, on décourageait le concessionnaire chargé de les vendre ; en même temps on surchargeait la briqueterie de frais qui ne lui incombaient pas ; bref, on a traité une œuvre philanthropique comme une œuvre mercantile en s'efforçant de lui faire déposer son bilan !

Le Conseil général, après avoir résisté à tous les assauts, a chargé une commission de vérifier les comptes. J'extrais du

rapport présenté au nom de cette commission (session d'août 1888) le passage suivant :

« En résumé, malgré le changement de direction, une période inévitable de tâtonnements, une fabrication limitée à tort à la brique d'extérieur, *la briqueterie a réalisé des bénéfices nets de 2.600 fr. en moyenne par an.* Un pareil résultat est de nature à donner confiance dans son avenir. Rien, en ce moment du moins, n'en légitimerait l'abandon, et on ne comprendrait pas qu'après les dépenses et les efforts faits, on renonce à une œuvre utile à l'asile, *au double point de vue du traitement des malades et de la création d'une œuvre de patronage*, qui constituera un immense bienfait pour certaines catégories d'aliénés indigents.

« Il faut considérer aussi que tout ce qui est à l'avantage moral et matériel des aliénés *tourne au profit du département et des communes dont les charges, pour l'entretien des aliénés indigents, s'accroissent dans des proportions considérables.*

« Or, l'œuvre du patronage, qui a pour but de maintenir un certain nombre de malades dans leurs familles, peut devenir *un moyen puissant pour arrêter le flot montant des dépenses. . .*

« Conclusions : En définitive, la majorité de votre commission vous propose :

« 1° D'approuver le compte de briqueterie conformément à ses indications ;

« 2° De décider que le compte de la fondation est clos depuis la fin de 1886 ;

« 3° Qu'à partir de l'exercice 1887, le compte briqueterie sera établi d'après les bases indiquées par la commission et *que les excédents seront affectés à l'œuvre du patronage.* »

Ces conclusions rallièrent la presque unanimité du Conseil général du Finistère, à la séance du 23 août 1888. Les menaces de procès, renouvelées à différentes reprises comme moyen d'intimidation, n'ont pas eu de suite, et il n'y a pas de raison de craindre que le Conseil général du Finistère se déjuge et sacrifie les intérêts qui lui sont confiés, au moment où l'application d'une loi nouvelle aura pour conséquence de rendre l'assistance obligatoire pour tous les aliénés indigents.

Messieurs, je me serais abstenu de vous parler de la tentative que j'ai faite et des luttes que j'ai soutenues s'il n'en découlait pas de très utiles enseignements, car les obstacles et même les échecs éclairent parfois une question beaucoup mieux que les

succès faciles. Mais quelles que soient les destinées de cette fondation, elle porte dès à présent avec elle cet enseignement *qu'elle a été encouragée et soutenue par les pouvoirs publics et que les aliénés indigents sont admis à bénéficier, comme les prisonniers, d'une partie de leur travail.*

Il y aurait eu quelque chose de choquant et d'injurieux pour l'humanité, à refuser *comme moyen d'assistance aux victimes du malheur* ce qu'on accorde *comme moyen de réhabilitation aux victimes du vice,* malgré toutes les réclamations de l'industrie privée.

Dans cet ordre d'idées, permettez-moi, Messieurs, de vous offrir un réconfortant spectacle en vous faisant assister, avec moi, à la première assemblée générale tenue à Paris, le 16 mars 1889, sous la présidence de M. le sénateur Bérenger, pour le *patronage des détenus libérés.*

C'est avec une bien légitime fierté que M. Bérenger a fait connaître à son auditoire la progression successive et constante de l'œuvre de patronage qu'il préside. Voici, dit-il, le tableau des résultats successifs :

« De 1870, date de notre fondation, à 1873, 100 libérés environ se présentent annuellement.

« L'année suivante, le chiffre des assistés dépasse 200. Bientôt nous arrivons à 300. Il monte à 450 en 1880. Depuis, il n'a cessé d'augmenter : 754, 822, 989, 1.185, 1.266. Nous étions arrivés à 1.652 en 1887. L'année 1888, par un bond énorme, atteint le chiffre de 2.459 !

« Nos recettes ont heureusement crû dans la même proportion. Grâce aux subventions généreuses de l'État, au secours d'un certain nombre de départements, au concours de la charité privée et *au produit de nos ateliers,* elles s'élèvent aujourd'hui à près de 90.000 francs, chiffre qui, jusqu'à présent, a suffi à compenser nos dépenses. C'est une dépense moyenne de 35 francs par individu assisté !

« ...... Or, nous croyons pouvoir affirmer que les rechutes qui, sans le patronage, dépassent 50 pour 100, sont rares parmi nos libérés, et que le plus grand nombre trouvent dans notre assistance, avec un secours passager, les moyens les plus sérieux de revenir à une existence laborieuse et honnête.»

Prenant ensuite la parole, M. le sénateur Bardoux a tracé l'historique du patronage en France et montré ce que peuvent les efforts persévérants d'hommes de cœur !

Messieurs, vous trouverez certainement dans ces résultats une voie et des exemples à suivre! S'il est vrai, comme l'a si bien défini M. le sénateur Bardoux, que *le réveil de la conscience*, chez des criminels, est le but du patronage des détenus libérés, vous penserez que *le réveil de la raison*, si péniblement obtenu chez les aliénés, est bien digne de la même sollicitude sociale, quand il s'agit de soustraire cette raison à de nouveaux naufrages!

Comme conclusions, vous appuierez d'un vœu favorable la création de sociétés de patronage en faveur des aliénés indigents, en prenant pour point de départ *une faible partie du produit de leur travail pour commencer l'œuvre et faire sûrement appel aux ressources de la charité privée et aux encouragements des pouvoirs publics.*

A l'occasion du Centenaire, permettez-moi de vous citer le texte d'une prescription que j'ai trouvée dans la loi du 16 messidor an VII: «*Le Directoire fera introduire dans les hospices des travaux convenables à l'âge et aux infirmités de ceux qui y sont entretenus. Les deux tiers de la vente du produit du travail seront versés dans la caisse des hospices; le tiers restant sera remis aux indigents suivant les règlements qui seront faits par les commissions administratives.*»

Cette loi, qui n'a jamais été rapportée, consacre pour l'œuvre du patronage des aliénés un argument que j'ai déjà invoqué pour l'opposer aux réclamations de l'industrie privée. Si je propose d'allouer aux aliénés deux dixièmes de la valeur de leur travail au lieu du tiers, c'est qu'il faut d'abord amortir les frais de fondation de la colonie, véritable instrument de travail.

Messieurs, je vous ai dit qu'on pourrait arriver à appliquer 50 p. 100 des aliénés et idiots au travail. Si j'éprouvais, il y a quelques jours, de l'hésitation à affirmer ces chiffres, l'hésitation ne serait plus permise après notre visite d'hier à Bicêtre, où M. Bourneville nous a montré des résultats si surprenants obtenus chez des idiots, des épileptiques et des arriérés.

S'il est possible de leur faire faire un apprentissage à la couture, à la cordonnerie, à la menuiserie, à la serrurerie, à la vannerie, etc., pourquoi serait-il plus difficile de les dresser à manier la brouette, la fourche, le râteau ou la bêche, dans une exploitation agricole où le travail à air libre contribuerait bien autrement à développer les forces de ces dégénérés!

M. Bourneville terminait hier ses intéressantes démonstrations en nous avouant avec amertume qu'après avoir fait des ouvriers

avec ces malheureux, il ne parvenait pas à les placer, parce qu'il était tout seul pour cette tâche.

Eh bien ! Messieurs, que le Congrès aide M. Bourneville et tous les médecins d'asile voués à la même œuvre, en émettant un vœu favorable sur ma deuxième proposition, pour que, dans chaque département, soient instituées des sociétés de patronage et que ces sociétés soient reconnues d'utilité publique.

TROISIÈME PROPOSITION

INSTITUTION D'INSPECTEURS RÉGIONAUX

D'après le rapport de M. Théophile Roussel, on a justement reproché à la loi de 1838 de n'avoir pas suffisamment veillé à sa propre exécution ; en confiant le contrôle à trop de personnes et à titre gratuit, il en est résulté qu'aucune d'elles en particulier n'avait la responsabilité.

La nouvelle loi sur les aliénés remédie à ce défaut en instituant, par l'article 9, les médecins inspecteurs départementaux et en étendant, par l'article 12, le cadre des inspecteurs généraux.

Les inspecteurs départementaux ne reçoivent de la loi aucune attribution quant au contrôle administratif et financier des asiles. Ils sont uniquement chargés de veiller à la protection de la personne des aliénés, tâche déjà grande, trop grande même si elle doit s'étendre à tous les aliénés traités à domicile, ainsi que le prescrivent les articles 7 et 8.

Au premier abord, cette innovation de l'inspecteur départemental a semblé résoudre très heureusement toutes les difficultés et répondre à toutes les objections. En pratique, on redoute des mécomptes, des difficultés au point de vue de la hiérarchie, au point de vue des conflits pouvant surgir entre l'autorité administrative et l'autorité judiciaire ; celle-ci restant libre de confier à des experts de son choix les vérifications indiquées à l'article 48, l'inspecteur départemental pourra être mis en échec par le tribunal dans une des parties les plus essentielles de son mandat, et, dès lors, on se demande s'il ne serait pas plus simple et plus économique de laisser au parquet et au tribunal de chaque arrondissement le soin de commettre le médecin de son choix pour opérer, quand il y a lieu, les vérifications, soit dans les asiles, soit à domicile. Je me borne à signaler l'objection sans la résoudre.

Quant aux inspecteurs généraux, dont le nombre doit être porté à six, d'après les commentaires du rapport, une réforme vraiment utile à opérer consisterait à les placer non pas à Paris, mais au centre même des régions à inspecter. Il ne faut pas qu'on puisse les appeler, comme on l'a fait récemment à la tribune, *des nomades* traversant les départements. Entre autres documents utiles à consulter, le rapport de M. Théophile Roussel contient un résumé de la grande enquête faite en 1869 sur le service des aliénés. On y lit, à la note 28, page LXII, le passage suivant :

« Pour la plupart des médecins, les meilleures garanties devraient être cherchées dans une bonne organisation de l'inspection générale. » « La plus grande de toutes les garanties, disait le directeur médecin de l'asile de Niort, est celle qui résulterait de l'institution d'un cadre *d'inspecteurs régionaux* des aliénés. »

Messieurs, voilà la solution vraie.

Délégués directs et permanents du Ministre de l'intérieur, les inspecteurs régionaux n'exerceraient pas seulement un contrôle efficace sur toutes les branches du service : ils deviendraient les conseils les plus utiles de l'administration et des intérêts départementaux ; ils soutiendraient et encourageraient dans la voie du bien les directeurs, et imprimeraient au service des aliénés, qui a dû de si grands progrès à la loi de 1838, une nouvelle et décisive marche en avant qui ferait honneur au législateur actuel.

Le nombre de ces inspecteurs régionaux devrait être proportionné à l'étendue des obligations à remplir. Voici le tableau des établissements existants :

	A Paris.	Dans les départements.	Total.
Asiles publics d'aliénés........	4	46	50
Quartiers d'hospices d'aliénés..	2	13	15
Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.............	»	17	17
Maisons de santé privées.......	12	13	25
Totaux.......	18	89	107

Je crois que le service de contrôle serait convenablement assuré avec un inspecteur général résidant à Paris et neuf inspecteurs régionaux répartis dans les départements ; cela ferait en moyenne, pour ces derniers, dix établissements à inspecter, et, comme ils auraient beaucoup moins de temps à perdre en route, ils feraient facilement des inspections semestrielles, tandis que la nouvelle loi (article 12) ne parle que d'une tournée annuelle pour

les inspecteurs généraux. Vivant dans la région, connaissant bien leur personnel, les inspecteurs régionaux pourraient rendre des services bien autrement utiles que les inspecteurs généraux changeant tous les ans d'itinéraire.

La dépense des dix inspecteurs régionaux ne s'écarterait pas beaucoup de la dépense prévue pour les six inspecteurs généraux, si l'on obtenait pour les premiers la circulation gratuite sur la voie ferrée de leur région, ainsi que cela se pratique, je crois, pour les inspecteurs des contributions.

Les inspecteurs régionaux seraient naturellement versés dans la connaissance technique de toutes les branches du service des aliénés. Ces postes devraient être mis au concours sur titres et attribués aux directeurs et médecins en chef des asiles publics qui se seraient le plus distingués dans l'exercice de leurs fonctions. Ils verraient là le couronnement d'une carrière pénible et dangereuse entre toutes, que l'État ne saurait trop encourager de sa sollicitude au moment où il en rend l'exercice plus difficile et plus compliqué.

C'est ainsi, Messieurs, que cette troisième proposition, en apparence étrangère, se soude aux deux autres en les complétant, pour en faire un système où tout se tient en harmonie avec le courant d'opinion qui a déterminé la revision de la loi de 1838. *(Applaudissements.)*

M. Christian. — Je demande que la discussion des conclusions du mémoire de M. Baume ne vienne qu'après la lecture de la communication de M. Taguet, qui traite le même sujet.

M. le Président. — La proposition de M. Christian est adoptée. La parole est à M. Taguet pour la lecture de son travail.

DE LA CRÉATION D'ANNEXES AGRICOLES AUX ASILES DE TRAITEMENT

M. le Dr H. Taguet, *directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lesvellec (Morbihan)*. — L'article 1er de la loi sur les aliénés votée par le Sénat stipule que « les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans un établissement tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, des colonies, ou des établissements spécialement appropriés à l'isolement ou à l'éducation des idiots et des crétins. »

Cet article, ainsi que l'a fait remarquer M. le D[r] Baume (*Annales médico-psychologiques*, septembre 1887) consacre le principe des asiles ouverts destinés à recevoir le trop plein des asiles fermés ; mais avec cette restriction pleine de sagesse, selon nous, que ces établissements «seront soumis à la surveillance instituée par la présente loi », ce qui leur enlève le caractère d'un hospice proprement dit.

La création de ces établissements spéciaux a, surtout, pour but de faire cesser l'encombrement des asiles, encombrement qui est un obstacle considérable à toute réforme, à tout progrès. C'est dans le même but que l'Angleterre a été amenée, il y a quelques années, à créer des asiles pour les aliénés incurables et inoffensifs. Ces asiles conserveront-ils longtemps cette destination première ? C'est plus que douteux ; il semble, au contraire, qu'ils soient fatalement condamnés à devenir rapidement des asiles de traitement, par suite de l'impossibilité d'établir une ligne de démarcation entre les aliénés inoffensifs et dangereux, entre les aliénés curables et incurables. Rien, au premier abord, ne semble plus facile que cette distinction, et il ne faut pas s'étonner que la loi du 30 juin 1838 l'ait recommandée elle-même aux autorités chargées des séquestrations. Il était réservé à la médecine mentale de démontrer que les faits sur lesquels on s'appuyait étaient, souvent, la source de graves erreurs, dont le malade et la société subissaient le contre-coup. Malgré les progrès de la science, la question reste presque entière. Que l'on consulte les annales des asiles et l'on sera frappé de ce fait que, neuf fois sur dix, les crimes ou les attentats qui y sont commis ont eu pour auteurs des aliénés réputés inoffensifs, sans qu'on puisse dire, le plus souvent, à quel mobile ils ont obéi.

Faut-il rappeler qu'ils sont nombreux les aliénés qui ont fait appel du certificat d'incurabilité qui leur avait été délivré, et cette incurabilité ne va-t-on pas la précipiter dans un tel milieu chez ceux qui présentaient encore quelques lueurs d'intelligence ?

Indépendamment de l'encombrement, la création de ces asiles spéciaux a un autre but : celui de diminuer les charges de l'État et du département. Le premier sera atteint momentanément, le second ne réserve que des mécomptes ; en effet, les frais de construction et d'aménagement seront, à quelque chose près, les mêmes que pour un asile de traitement qui n'a que le strict nécessaire et dont le seul luxe consiste, le plus souvent, dans un luxe de propreté.

L'alimentation ne saurait y être modifiée, sans qu'aussitôt les principes de désassimilation ne deviennent inférieurs à ceux d'assimilation, et cela d'autant plus vite qu'on se trouvera en présence de malades qui offrent une prédisposition des plus marquées aux troubles gastro-intestinaux. Les frais d'administration et de surveillance pourront être moins élevés ; mais, en revanche, rien ne viendra compenser, ici, le prix de journée, déjà insuffisant dans quelques asiles. C'est à peine, en effet, si parmi ces non-valeurs, pour la plupart congénitales, on trouvera un travailleur sur vingt.

Ce serait se faire une étrange illusion que de supposer un seul instant que le médecin directeur de l'asile de traitement se débarrassera, au profit de l'asile spécial, d'un malade encore valide, tant que son incurabilité ne lui aura pas été démontrée surabondamment, et nous savons que cette démonstration n'est pas chose facile.

La nécessité de ces asiles spéciaux est-elle absolument démontrée ? On connaît la tendance malheureuse des familles à se débarrasser des vieillards et des infirmes pour ne plus avoir la charge de les nourrir et de les surveiller ; en augmentant le nombre des places, dans une très large mesure, ne va-t-on pas briser les derniers liens qui attachent encore à la société toute une série de malheureux que l'on reconnaît incurables et inoffensifs ? Ne suffirait-il pas pour donner satisfaction à des besoins réels de modifier, dans la marche du progrès, les asiles actuels ?

Je n'ai envisagé la question, jusqu'ici, que sous un côté, le côté physique, si je puis m'exprimer ainsi ; le côté moral ne nous donnera pas plus de satisfaction. Cette expression d'incurable a quelque chose de pénible, d'offensant pour la dignité du malade et de la famille, dans notre pays, où les mots ont souvent plus de portée que les choses qu'ils désignent. L'expression n'est pas nouvelle sans doute, puisqu'elle s'applique déjà à certains hospices, mais cela prouve-t-il qu'elle soit heureuse. Il suffit, d'ailleurs, qu'elle ne trouve pas, dans le cas particulier, toute son application pour la faire répudier.

Le système dit familial qui consiste, vous le savez, à laisser en liberté toute la population qui devrait trouver place dans les asiles spéciaux , dont nous venons de parler, est-il préférable ? Non, ce serait revenir, en effet, à un état de choses que la réforme de Pinel a fait disparaître pour toujours, avec cette aggrava-

tion que l'égoïsme des familles aurait la complicité de l'administration. Cette mesure pourrait, à la rigueur, trouver son application pour les aliénés de la classe riche ou aisée en tant que leurs familles supporteraient la responsabilité des actes qui auraient été commis par eux, par le fait de leur incurie ou de leur négligence. « Mais en est-il de même, dit Aubanel, à l'égard des aliénés indigents privés de toute ressource et n'ayant plus quelquefois pour toute famille que des parents plus ou moins éloignés, ou des parents forcés de travailler pour suffire à leurs besoins ? L'administration, en prononçant la mise en liberté des nombreux aliénés qui se trouvent dans ce cas, ferait non seulement un acte d'inhumanité, mais encore exposerait la société à de graves dangers. . . . La plupart ne reviendraient-ils pas bientôt dans l'asile, moins dociles, moins laborieux, plus malades et plus abrutis qu'au moment de leur sortie ? »

Par mesure économique, autant que pour faire cesser l'encombrement, quelques départements, le Rhône notamment, ont eu l'idée de payer aux familles nécessiteuses des aliénés réputés inoffensifs un prix de journée inférieur à celui payé à l'asile, mais suffisant, cependant, pour leur assurer l'existence matérielle de chaque jour. Le résultat a été déplorable ; ce n'a été, le plus souvent, qu'une prime à la paresse, à l'exploitation de la folie.

Les asiles spéciaux et le système familial devant être répudiés, tant au point de vue économique qu'humanitaire, restent, pour combler les desiderata signalés, les colonies agricoles, qui sont, ainsi que l'a dit M. le Dr de Smeth, l'avenir du service des aliénés. Voyons ce que devraient être, selon nous, ces colonies. Pour augmenter leur domaine cultural, autant que pour faire cesser l'encombrement, un certain nombre d'asiles ont acquis ou loué, hors de leur périmètre, des propriétés plus ou moins étendues qui ont été converties insensiblement en colonies agricoles rudimentaires. Contrairement aux asiles spéciaux d'Angleterre, ces colonies ne reçoivent, et avec raison, que la population encore valide des asiles, c'est-à-dire celle qui est encore susceptible de fournir une certaine dose de travail. Le seul reproche que nous puissions leur adresser, c'est d'être situées, en général, trop loin des asiles, parfois à plusieurs kilomètres et d'échapper ainsi à une surveillance de tous les instants. Tout le secret d'une bonne administration, vous le savez, est dans ces deux mots : la visite médicale. Aussi avons-nous la conviction bien intime que toute colonie qui, par suite de la distance, ne pourra être

visitée chaque jour, sera nécessairement condamnée à être mauvaise.

Ne pensez-vous pas, en outre, que le va-et-vient continuel qui existera entre l'asile et la colonie ne sera pas, pour les populations, la source d'ennuis de toutes sortes, et avez-vous le droit de mettre ainsi en coupe réglée toute une contrée? On pourrait, dira-t-on peut-être, y faire résider le médecin adjoint; mais outre que vous priverez l'asile de traitement d'un médecin souvent indispensable, vous arriverez à créer deux directeurs et vous savez, sans qu'il soit besoin d'insister, ce qui arriverait dans ce cas. Il y a plus; par suite de l'émiettement des travailleurs entre la colonie et l'asile de traitement, vous arriverez à ne rien faire de bon de la première et à compromettre la prospérité actuelle du second. Aussi voudrions-nous que les colonies d'aliénés ne fussent à proprement parler que des annexes des asiles, tout comme les fermes actuelles, par exemple, dont un très grand nombre, sinon toutes, pourraient être appropriées à cette nouvelle destination. Ici devraient trouver place les déments encore valides, les persécutés qui ne sont guère plus susceptibles de réaction violente, les maniaques chroniques, soit près d'un quart de la population totale. Un de ces malades vient-il à présenter une crise d'agitation, ou à être atteint d'une affection intercurrente, il est aussitôt versé à l'asile de traitement.

Se rend-on bien compte du résultat qu'on pourrait obtenir avec 50 ou 60 malades travaillant d'un travail régulier et soutenu, dont les rangs s'augmenteraient encore des aliénés appartenant à l'asile de traitement, qui ne travaillent que par fantaisie ou d'une manière intermittente, et des convalescents pour qui l'annexe devrait être, pour quelques jours, quelques semaines, la première étape de la mise en liberté? Sans doute, le travail est fait pour les aliénés, et non les aliénés pour le travail; mais sans oublier ce grand principe que tous les spécialistes ont toujours mis en pratique, nous pensons qu'on pourrait peut-être l'appliquer d'une manière plus intelligente et très certainement plus productive en abordant la grande culture. Que faudrait-il pour cela? De 80 à 100 hectares. Ils sont très rares les asiles qui ne pourraient les acquérir (et quelques-uns les ont déjà), sans qu'il fût besoin d'avoir recours à des expropriations très-onéreuses. Le seraient-elles, d'ailleurs, qu'elles seraient rapidement compensées?

Le grand obstacle à l'organisation du travail, dans l'état actuel des choses, consiste dans la dissémination des malades travail-

leurs dans toutes les sections; c'est là que s'épuise le peu d'énergie qui leur reste; c'est là qu'ils contractent, au contact des autres, non bien moins nourris et habillés qu'eux, des habitudes de paresse et souvent d'insubordination. Voyez ce qui arrive pour les nouveaux venus, pour peu qu'on tarde à les occuper; que d'efforts il faudra faire par la suite, pour les ramener à leurs occupations habituelles. Alors même que les travailleurs seraient réunis en un ou deux quartiers, comme j'ai dû le faire à Lesvellec, le travail laisserait encore à désirer et cela par le fait même du règlement intérieur; vient-on à le modifier, tous les services économiques sont en souffrance et, malgré soi, l'on retombe dans la routine.

Les fermes, avons-nous dit, pourraient être aménagées en colonies agricoles dans un certain nombre d'asiles. Alors même qu'il faudrait les créer de toutes pièces, leur création ne saurait entraîner des frais bien considérables. Que faudrait-il, en effet, pour un asile qui compte une population de 250 hommes, par exemple? Trois dortoirs de vingt lits chacun et autant de réfectoires, les autres services étant communs avec ceux de l'asile de traitement. Ici point de préaux, où chaque malade a sa place limitée d'air et de lumière, mais de vastes espaces englobant les cours de la ferme, ou une partie de champ ou de jardin, mais suffisamment clos pour rendre les évasions difficiles dans les moments où la surveillance est moins active, c'est-à-dire pendant les repas et les heures de repos. C'est assez vous dire que je suis peu partisan des asiles ouverts, qui ne peuvent être qu'une source d'ennuis et de difficultés pour les médecins directeurs. Essayez donc de faire comprendre aux personnes étrangères à la vie d'asile que les évasions ne prouvent rien, ni pour, ni contre la surveillance. Je ne vois, cependant, qu'un moyen de les éviter, c'est de revenir aux chaînes et aux cabanons; quel est le médecin qui le voudrait, quel est celui qui ne saurait sacrifier sa tranquillité à ses devoirs? Au milieu des accusations dont nous sommes l'objet chaque jour, me sera-t-il permis de constater, en passant, qu'il n'est peut-être pas un service d'assistance qui, depuis un demi-siècle, ait reçu une impulsion pareille au nôtre, grâce aux élèves de Pinel qui ont largement exploré la route indiquée par lui? Faut-il rappeler encore qu'ils sont déjà nombreux ceux qui ont payé de leur vie une liberté que nul de nous n'a jamais songé à restreindre, ni à violer ?

Chaque malade devrait trouver à la colonie ses occupations habituelles, en tant qu'elles seraient compatibles avec l'existence en

commun et, là où cela serait possible, nous voudrions voir se créer certaines industries, une tuilerie, une briqueterie, par exemple, comme cela existe à l'asile du Finistère, grâce à l'initiative si féconde du Dr Baume. Les industriels protesteront peut-être, mais qu'importe, si le malade trouve dans le travail qui lui convient un traitement et une rémunération convenables.

La création de colonies pour les femmes n'offre pas de difficultés plus sérieuses que celles des hommes. Dans la plupart des asiles elles pourraient constituer des annexes à la buanderie, leur population serait sensiblement plus élevée que celle des hommes, soit une moyenne de 30 p. 100 au lieu de 25.

En faisant cesser l'encombrement et en permettant de diminuer, à bref délai, le prix de journée qui pèse si lourdement sur les départements, la création de ces colonies remplirait le double but qu'on doit chercher. La charité publique a des limites et, si l'on veut résoudre les questions si nombreuses et si délicates de l'assistance publique, il faut retourner le proverbe et dire : faire beaucoup avec rien. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

M. Falret. — La question du patronage des aliénés guéris ou convalescents se lie d'une manière intime à celle des colonies agricoles. Au point de vue économique ce sont deux moyens pratiques de remédier à l'encombrement sans cesse croissant des asiles d'aliénés et de diminuer les charges départementales ; et, au point de vue humanitaire, deux modes différents de l'assistance publique appliquée aux aliénés, destinés à augmenter la somme de bien-être et de liberté de ces malades sans nuire à la sécurité publique.

Nos collègues, MM. Baume et Taguet, ont surtout insisté sur les avantages des colonies agricoles, permettez-moi de me borner au patronage des aliénés guéris.

Dès 1841, mon père, médecin de la Salpêtrière, fut frappé des malheurs de tous genres, qui attendaient les aliénés guéris à leur sortie de l'asile. Les préjugés sociaux qui font croire à l'incurabilité de la folie, les défiances, les terreurs ou l'indifférence de la famille, qui repousse les nouveaux venus comme des parias, les craintes de rechute qui empêchent l'aliéné de retrouver une position sociale, toutes ces causes se réunissent pour rendre très

difficile la rentrée des aliénés guéris dans la société. Ils ont alors un besoin impérieux de secours matériels contre la misère et d'appui moral contre le désespoir et ses tristes conséquences. On a créé des sociétés de patronage pour les criminels sortant des prisons, il restait à en créer pour les aliénés sortant des asiles.

Mon père a consacré sa vie et son activité à cette création, et, depuis près de cinquante ans, cette société de patronage, fondée par lui, d'abord sur une petite échelle, s'est successivement développée et continue à fonctionner malgré tous les obstables que l'on rencontre sur sa route pour en perpétuer la durée.

A peu près à la même époque, M. Baillarger, avec l'aide de plusieurs membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique, entre autres MM. de Larochefoucauld-Liancourt, de Kergorlay et le vicomte de Melun, tenta une entreprise analogue, ayant pour but le patronage à domicile des aliénées sortis de la Salpêtrière. Pendant quelques années cette société fonctionna parallèlement à celle fondée par mon père; mais bientôt on s'aperçut des inconvénients de ce parallélisme et les deux œuvres fusionnèrent. De cette fusion résulta une institution durable, que mon père s'appliqua à développer de plus en plus.

Au patronage à domicile il ajoute un asile spécial et temporaire pour les femmes dans les cas d'extrême misère, asile tenu par des religieuses et qui devint le centre du rayonnement du patronage des aliénés dans tous les quartiers de Paris et de la banlieue. En 1849, il fit reconnaître cette institution comme œuvre d'utilité publique, et augmenta considérablement le nombre des souscripteurs et celui des aliénés secourus. Aux malades femmes de la Salpêtrière il ajouta les hommes de Bicêtre, et plus tard, successivement, tous les aliénés sortant des divers asiles publics du département de la Seine. En dehors des ressources considérables provenant de la charité privée, il obtint des subventions importantes de l'Assistance publique, du Conseil général de la Seine, de la ville de Paris et du Ministère de l'intérieur. Les rapports annuels publiés depuis 1845 jusqu'à nos jours, témoignent des progrès incessants de cette œuvre de charité et des bienfaits qu'elle a répandus, au point de vue matériel et moral, sur un nombre considérable d'aliénés convalescents ou guéris. Malheureusement, ces ressources, quoique nombreuses, sont encore beaucoup trop restreintes et ne peuvent satisfaire à tous les besoins.

Dans cette voie du progrès, la charité privée a donc, comme toujours, précédé la charité publique, à laquelle il appartient maintenant de réaliser cette idée féconde sur une plus grande échelle.

Depuis quelques années le Conseil général de la Seine, qui a refusé à notre œuvre les subventions qu'il lui accordait précédemment, parce qu'elle n'avait pas un caractère exclusivement laïque, a cherché à entrer dans la même voie, et a nommé une commission chargée d'étudier la question et d'arriver à réaliser à Paris le patronage des aliénés guéris, sous une forme purement administrative. Quelques essais ont déjà été tentés par lui dans ce sens. On distribue aujourd'hui quelques secours pécuniaires aux aliénés, au moment de leur sortie des asiles publics de la Seine, et on reçoit quelques-uns d'entre eux, d'une manière très temporaire, en cas d'extrême misère, dans quelques-uns des asiles où l'Assistance publique de Paris envoie ses convalescents des hôpitaux. Mais ce n'est encore là qu'un essai très insuffisant, qui ne remédie au mal que d'une manière très incomplète et qui n'a pas, comme notre Société de patronage, l'immense avantage de joindre la protection morale aux secours matériels. On ne vient en aide à ces malades que momentanément, à leur sortie de l'asile, pour les livrer ensuite complètement à eux-mêmes, sans direction et sans appui.

Or, le patronage des aliénés convalescents ou guéris ne consiste pas seulement à leur fournir un secours pécuniaire une fois donné, mais à leur chercher une situation dans le monde, et à les suivre successivement dans les diverses positions qu'ils occupent, pour les protéger contre la misère et toutes ses funestes conséquences, et pour parer de son mieux à toutes les causes de récidive.

C'est là l'idéal vers lequel nous devons tendre de plus en plus ; c'est l'idée qui a germé dans l'esprit de la plupart des médecins et directeurs des asiles de la France et de l'étranger, et qui a reçu dans divers pays des applications partielles, plus ou moins étendues suivant les ressources des diverses administrations. Mais ce qui n'a été jusqu'ici qu'une réalisation bien incomplète de cette idée féconde doit devenir plus tard le complément indispensable de la bienfaisance publique appliquée aux aliénés ; et, si notre siècle a eu le mérite d'ouvrir à ces malades de nombreux et vastes asiles pour leur venir en aide pendant leur maladie, il appartiendra à nos successeurs de les secourir et de les protéger après leur guérison.

M. Charpentier. — Je crois devoir rappeler que la quatrième section du Congrès international d'assistance publique a consacré toute une séance aux diverses questions que viennent de traiter nos collègues, MM. Baume et Taguet. La discussion avait été provoquée par un travail très intéressant de M. Kéraval et par un rapport très étudié de M. Donnet, sénateur. M. le Dr Peeters, médecin-inspecteur de la colonie de Gheel, est venu donner quelques renseignements rectificatifs favorables à cette institution. De son côté M. Ch. Féré, auteur d'un tout récent volume sur le *Traitement des aliénés dans les familles*, a raconté ses impressions sur les colonies de Gheel et de Lierneux, en Belgique, sur différents établissements analogues en Angleterre. La quatrième section a adopté à l'unanimité un vœu, proposé par M. Magnan, relatif à la création de colonies annexées aux asiles, sous la surveillance des médecins aliénistes, et au fonctionnement des sociétés de patronage.

Je suis heureux de pouvoir confirmer ce que M. Falret vient de nous dire sur la Société de patronage qui fonctionne à Paris et dont la fondation est due à son père. Elle rend des services signalés, trop peu connus et trop peu appréciés; mais elle ne pourvoit qu'à l'assistance des aliénées convalescentes, et c'est surtout pour les hommes que de telles sociétés seraient nécessaires.

Je crois aussi que les sociétés de patronage des aliénés devraient être placées sous le contrôle de l'État, sans couleur politique ni religieuse. Il est évident que leur fonctionnement sera excellent, lorsque l'harmonie existera entre elles et le Gouvernement; il n'en sera plus de même quand il y aura défaut d'harmonie, et alors c'est l'intérêt de l'œuvre, c'est-à-dire des malades, qui en souffrira.

J'exprimerai le désir que dans la conclusion de M. Baume, relative à ces sociétés de patronage, il soit fait mention de la nécessité de l'intervention du médecin aliéniste, car c'est lui seul qui peut, non seulement surveiller l'aliéné guéri, mais le réconforter, le relever et le prémunir par ses conseils contre les craintes d'une rechute.

M. Christian. — J'en demande pardon à M. Baume, mais je suis profondément surpris de l'entendre prôner la création de colonies agricoles à côté de nos asiles d'aliénés, lui qui a été certainement l'un des directeurs d'asile les plus préoccupés d'en utiliser toutes les ressources, et qui y a le mieux réussi. Comment, depuis cinquante ans, c'est-à-dire depuis que la loi de 1838 fonctionne, tous ceux qui se sont occupés des aliénés, n'ont cessé de prôner l'uti-

lité du travail agricole ; quelques-uns même en ont tellement exagéré l'importance qu'ils ont cru y trouver le moyen d'exonérer presque complètement le département des dépenses qui lui incombent ! Et voilà qu'aujourd'hui M. Baume nous propose d'enlever à l'asile les aliénés paisibles, valides, et les idiots, et de créer pour eux des colonies agricoles distinctes ! Mais qui donc alors fera la culture dans les asiles? Et quel avantage y aura-t-il à supprimer dans les asiles tout ce qu'on est arrivé à y créer, à force de soins et de persévérance, au plus grand profit de nos malades, pour faire une installation nouvelle, dont la réussite est au moins douteuse ? Croyez-vous que les départements s'imposeront volontiers la nouvelle dépense de ces colonies agricoles, alors qu'ils se plaignent déjà,, et avec raison, des lourdes charges que leur impose le service des aliénés? Pour moi, je ne saurais suivre notre confrère dans la voie où il s'engage ; je ne crois pas qu'il y ait aucune utilité à créer les colonies agricoles qu'il propose, et je demande seulement que dans nos asiles, tels qu'ils existent, on développe le plus possible le travail agricole.

M. Ritti. — Il serait intéressant de connaître l'opinion de nos confrères belges sur les colonies d'aliénés de Gheel et de Lierneux.

M. Ch. Féré. — En l'absence de nos collègues, permettez-moi de vous donner quelques renseignements sur la colonie de Lierneux que j'ai visitée récemment. Bien que datant à peine de cinq ans, cette colonie est en pleine prospérité : on y compte actuellement près de 200 malades qui, comme à Gheel, vivent de la vie des habitants chez lesquels ils sont hospitalisés. A la vérité, la mortalité annuelle à Lierneux est un peu élevée, 25 à 30 p. 100; mais on peut trouver son explication, soit dans le retard apporté à l'installation de l'infirmerie, soit à ce que les asiles y ont envoyé les cas les moins favorables.

Jusqu'à présent, les malades envoyés à Lierneux ont été choisis parmi les chroniques. Depuis la fondation de la colonie, une mauvaise maison du village a servi d'infirmerie ; c'est là que restent les malades pendant les cinq jours qui précèdent leur placement ; l'installation en est peu confortable, mais elle prouve au moins que l'on peut tenter la fondation d'une colonie sans aucuns frais préalables.

Malgré un certain nombre d'imperfections, la colonie de Lierneux peut être considérée comme définitivement établie ; il paraît démontré qu'il ne faut pas des siècles pour faire un Gheel.

La nécessité qui s'est imposée d'installer, à Lierneux comme à Gheel, une infirmerie destinée à recevoir les aliénés agités ou malades, établit un raprochement entre les colonies indépendantes et les colonies annexées à un asile fermé, et montre bien que le système colonial ne peut pas constituer un mode exclusif d'assistance des aliénés.

Si ce mode d'assistance a pu être improvisé dans un pays voisin du nôtre, on a quelques raisons d'espérer qu'il pourrait aussi s'acclimater en France.

M. Vallon. — Je suis un partisan très convaincu du travail pour les aliénés : c'est un puissant moyen de traitement et ce peut être une source de profit pour l'asile. Mais je trouve que c'est aller un peu loin que de demander l'annexion à tout asile d'une colonie agricole. Il faut tenir compte des milieux et des circonstances. A Paris, nous sommes envahis par la paralysie générale. La majeure partie de la population des asiles de la Seine est constituée par des paralytiques généraux, et aussi, il faut bien le dire, par des séniles qui ne sont pas du tout à leur place dans ces établissements. Dans ces conditions, le nombre des malades valides est très restreint. Parmi les aliénés dont l'état général permet de les occuper à des travaux demandant le déploiement d'une certaine force musculaire, il faut encore tenir compte de ce fait, c'est que la plupart des pensionnaires des établissements de la Seine sont des ouvriers de l'industrie et non des travailleurs des champs. On éprouve beaucoup de résistance de la part de ces malades à se livrer à une occupation qui n'est pas leur métier habituel; un serrurier, un menuisier, vont volontiers travailler aux ateliers de serrurerie et de menuiserie et se décident difficilement à aller au potager. Il ne faut donc pas, à mon avis, être absolu dans le vœu qu'on nous demande de formuler et se contenter de réclamer des colonies agricoles pour les asiles qui ont une population permettant l'exploitation de cette colonie.

M. Gustave Labitte. — L'institution des colonies agricoles me semble le meilleur moyen de parer à la progression de la population dans les asiles fermés. J'en citerai comme exemple les colonies de Fitz-James, annexées à l'asile de Clermont. En dehors des conditions indiscutables de la vie à l'air libre dans lesquelles se trouvent les aliénés, elles ont permis surtout d'augmenter le chiffre des malades sans encombrer l'asile fermé, au point que j'ai vu la population de l'établissement arriver dans une période de

vingt ans à une augmentation de quatre cents malades sans qu'il y ait eu besoin d'élever de nouvelles constructions.

Chaque année il y a dans tout asile d'aliénés un mouvement de malades devenus tranquilles et inoffensifs, soit par suite de la chronicité de leur affection, soit grâce au régime disciplinaire auquel ils sont soumis. Ces malades viennent encombrer l'asile ; ils ne peuvent plus trouver dans les occupations, d'ailleurs limitées aux besoins de l'établissement, un travail suffisant et surtout utile pour eux et l'établissement.

C'est cette population qui est envoyée aux colonies, où elle trouve des conditions de vie différentes de celles de l'asile, avec des occupations peu variées, mais se rapprochant souvent de sa première existence.

A la colonie de Fitz-James, comme à l'asile de Clermont, la progression toujours croissante des malades tranquilles a rendu ce premier établissement insuffisant. Pour éviter le désœuvrement de malades habitués à une vie active, une seconde colonie, celle de Villers, a été créée ; et là, nous avons cherché à établir une existence nouvelle et des occupations différentes de celles de Fitz-James.

A Fitz-James se trouve tout le mécanisme industriel qui fait vivre l'asile : moulin à blé, abattoir, atelier de charonnage et de maréchalerie, élevage des bestiaux servant à l'alimentation générale, etc. A Villers, c'est la grande culture agricole ; les malades y vivent avec une liberté de travail aussi complète que possible.

Dans ces institutions, qui se continuent sous la nouvelle direction, je n'ai que rarement rencontré les accidents que pourrait faire craindre une semblable organisation.

M. Soutzo. — Je partage complètement l'opinion de M. Féré. Après les expériences faites dans plusieurs pays, en Écosse, en Belgique dans le pays des Wallons, en Bavière et ailleurs, je crois que le mode actuel d'hospitalisation des aliénés doit subir des changements, et je pense que le Congrès, avant de se séparer, devra émettre un vœu et poser dès à présent les bases d'une assistance plus rationnelle et plus conforme au progrès de la psychiatrie. Je suis pleinement convaincu que l'asile actuel, avec ses hautes murailles et ses portes fermées, ne suffit pas à procurer à l'aliéné ce dont il a énormément besoin : la liberté, une liberté

relative, et le travail régulier. Ces deux choses concourent puissamment à sa guérison. Il faut donc ajouter à l'hospice, tel qu'il est aujourd'hui, la ferme agricole ou la colonie d'aliénés. C'est dans les colonies d'aliénés surtout que réside l'avenir de l'assistance de ces malheureux. J'ai la plus profonde conviction que dans cinquante, dans cent ans d'ici, les États ne dépenseront plus des millions pour bâtir des édifices aussi luxueux, par trop luxueux, pour les aliénés, tels que nous les voyons aujourd'hui; ils dépenseront des sommes beaucoup plus modestes pour des colonies d'aliénés, que l'accroissement continuel de ces malades aura rendues nécessaires pour une plus large hospitalisation. Je suis donc aussi d'avis que le Congrès émette un vote sur la création des fermes agricoles et des colonies d'aliénés, à la condition que ces annexes soient mis sous la direction du médecin en chef de l'hospice.

M. Cullerre. — Les colonies agricoles n'ont peut-être pas tous les avantages qu'on leur suppose. Dans les asiles ruraux eux-mêmes, un petit nombre de malades seulement est apte à se livrer à des travaux agricoles réellement productifs. Quant aux asiles des grandes villes, j'ai pu, alors que j'étais interne à Ville-Évrard, constater l'échec complet des efforts faits par Dagron, l'organisateur de cet établissement, pour occuper les aliénés de la Seine aux travaux champêtres; finalement, il a fallu louer la ferme. On devrait se borner à demander que chaque asile fût doté d'un domaine agricole en rapport avec sa population et surtout avec le nombre réel des malades dont il dispose pour la grande culture. Il n'y a aucun avantage pour les asiles et pour les malades qu'ils renferment à posséder de vastes domaines où la vraie besogne est souvent faite par des employés spéciaux, contremaîtres, laboureurs, chefs de culture.

M. Chaslin. — Je ferai remarquer qu'à Bicêtre même il y a un grand nombre d'aliénés qui travaillent.

M. Vallon. — Je demanderai à M. Baume d'introduire dans ses conclusions la modification suivante: «établir des colonies agricoles partout où cela sera possible».

M. Ritti. — Me conformant aux opinions qui viennent d'être émises, je proposerai au vote du Congrès le vœu suivant, ainsi rédigé :

Le Congrès international de médecine mentale émet le vœu qu'il soit établi des colonies agricoles et des sociétés de patronage des aliénés dans tous les pays, quand cela sera possible. Les colonies devront être à proximité et non distinctes des asiles d'aliénés.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets ce vœu aux voix.

(Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Rouillard pour sa communication.

DE LA SORTIE DES ALIÉNÉS ASSASSINS

M. ROUILLARD, *chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris.* — Vous excuserez facilement, je crois, la brièveté de ma communication. Les ordres du jour étant très chargés, j'ai dû résumer ce que j'avais primitivement écrit. Qu'on me pardonne donc de ne pas faire de bibliographie, et de ne citer personne, malgré les importants travaux écrits sur la question, et l'intéressante discussion au Congrès de 1878 que M. Falret rappelait ces jours-ci.

La question a été épuisée, elle a même été tranchée par la loi votée par le Sénat; mais l'article 39 qui règle la sortie des aliénés criminels n'est pas rédigé dans le sens que j'aurais désiré, et je demande la permission de présenter quelques courtes réflexions.

Voici en deux mots la situation. — Un homme ayant commis un assassinat, bénéficie d'une ordonnance de non-lieu, comme aliéné, et est interné dans un asile. Que faut-il en faire? — S'il n'est pas guéri, nous le garderons; il n'y a sur ce sujet aucune contestation possible.

Mais s'il est guéri? — Ici les avis sont partagés. — Les uns sont d'avis de signer la sortie. Les autres, en petit nombre, mais j'en suis, ainsi que mon maître M. le professeur Ball, sont d'avis de le garder quoique guéri.

La nouvelle loi sur les aliénés (article 39) dit que « le médecin traitant doit déclarer si l'interné est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non légitimement suspect de rechute. » Ces prescriptions de la loi sont des plus sages, il est vrai, mais il me paraît, dans la pratique, fort difficile de les satisfaire. — Déclarer

si l'aliéné est ou non guéri, nous le faisons tous les jours. Mais déclarer s'il est ou non légitimement suspect de rechute, voilà qui est embarrassant. C'est beaucoup demander que de réclamer un tel pronostic et nous risquons fort d'être de faux prophètes. Ou bien nous serons trop sévères et risquons de garder indéfiniment, contrairement à la loi, un homme qui ne rechutera pas, ou bien nous rendons à la société un être dangereux, et qui, à ce point de vue, a déjà fait ses preuves. — Je laisse de côté les aliénés auteurs de délits, et passibles de la correctionnelle. J'abandonnerais peut-être ceux qui ont commis une simple tentative d'assassinat. La question serait peut-être discutable. Mais le vrai assassin, l'homme qui a tué, soulève une question de première importance.

Est-ce un épileptique ? Nous connaissons tous ces crimes horribles, ces assassinats multiples commis par ces malheureux. La rechute est des plus probables, et, pour un tel cas, la surveillance établie à la sortie par l'article 39 est absolument illusoire.

Est-ce un alcoolique ? Mais la rechute est absolument subordonnée aux excès ultérieurs du malade, et il nous est impossible de les préjuger.

Est-ce un délirant persécuté ? Mais nous connaissons le caractère réticent et dissimulateur de ce genre de malades. Il nous est impossible d'ajouter foi à leurs promesses, malgré leur apparente sincérité.

Est-ce un impulsif, un halluciné ? Nous les savons essentiellement prédisposés aux rechutes.

J'en dirai autant du maniaque.

Je ne cite que pour mémoire le paralytique général chez lequel la démence finale vient tirer le médecin d'embarras. Encore y aurait-il à discuter la question des rémissions, car je crois peu à la guérison. Mais ces rémissions, on le sait, sont, quelle que soit leur longue durée, de simples rémissions.

Dans quel cas donc pourrons-nous dire qu'un aliéné n'est pas susceptible de rechute?

— Je rappelle brièvement un cas qui appartient à M. le Dr Dagonet père.

Un homme, dans un accès de délire dont j'ignore la nature, tua sa femme et trois de ses enfants la nuit, à coups de hache, un quatrième enfant ne mourut pas, mais eut trois doigts amputés. Interné à l'asile de Stéphansfeld, il y resta 23 ans. Il me semble difficile d'exiger une plus

longue observation. Considéré depuis des années comme guéri, il fut mis en liberté par l'administration prussienne. — Peu de temps après, cet homme se remariait. Un an après son mariage, il tuait à coups de hache, et la nuit, de la même manière, sa femme récemment accouchée et son fils âgé de quatre jours. — Inutile, je crois, de commenter cette observation.

Nous avons à la clinique de Ste-Anne, un aliéné assassin, dont la presse s'occupa beaucoup il y a deux ans. Padrona, fabricant d'yeux artificiels, tua, dans un accès de délire alcoolique, sa femme et ses deux enfants. Sur le rapport de M. le Dr Motet, il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. Depuis un an que je suis chef de clinique, je le considère comme guéri. Je conviens qu'il est un peu hypocondriaque ; mais nous n'avons pas la prétention d'interner les hypocondriaques simples, sinon la moitié de nos confrères serait internée, les médecins étant les êtres les plus hypocondriaques qui existent. Il est souvent triste, mais c'est qu'il regrette vivement son crime, car il adorait sa femme et ses enfants, et cette disposition d'esprit me paraît être toute à son honneur.

Dois-je le mettre en liberté, puisque je le considère comme guéri ? — Un grand nombre de confrères étrangers qui sont venus visiter la clinique et auxquels j'ai montré ce malade, étaient d'avis de le faire sortir.

Rechutera-t-il ? Commettra-t-il un nouvel assassinat ? — Je suis disposé à croire que non, mais je n'oserais pas cependant apposer ma signature au bas d'une telle déclaration.

Enfin, Messieurs, il ne faut pas, je crois, crier à la barbarie, et traiter de liberticide l'aliéniste qui garde, même guéri, un aliéné assassin [1].

Renvoyer un tel homme, c'est donner une véritable prime à l'aliénation mentale, et peut-être à la simulation. Ce serait tout bénéfice pour l'assassin qui, après avoir évité l'échafaud ou le bagne, rentrerait la tête haute et les mains libres dans la société. Le maintenir à l'asile n'est pas une peine, c'est une mesure de précaution, une mesure de prudence. La société, dans ce cas, n'est pas vengeresse, elle se garde et voilà tout.

[1] Quel signe, quel critérium nous permet d'affirmer la guérison d'un aliéné ? — En signant la guérison, nous agissons sous l'influence d'une impression et non d'une conviction.



Je dirai donc ceci, dussé-je être violemment contredit, et ce sera ma conclusion:

Tout aliéné assassin sera maintenu, sa vie durant, dans un asile. Il sera soumis au même régime que les autres aliénés. Un article de loi devrait nous donner le moyen légal de faire cette séquestration. Un asile spécial devrait être créé à cet effet. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION

M. Charpentier. — Je suis de l'avis de M. Rouillard. Certains aliénés assassins peuvent être, après un certain temps de séquestration, considérés comme guéris, et cependant on ne saurait, dans l'intérêt de la sécurité publique, les remettre en liberté. Mais où je me sépare de M. Rouillard, c'est lorsqu'il s'agit de leur sort après la guérison. Je ne puis admettre que de tels malades continuent à rester dans l'asile, puisque, une fois guéris, ils y seraient maintenus contrairement à la loi qui s'y oppose. Je crois donc qu'il serait utile d'émettre un vœu tendant à la création d'un établissement spécial, où ils seraient admis pour n'en plus sortir. Ni l'asile, ni leur retour dans la société ne peuvent leur convenir; ils sont des sujets spéciaux à qui doit être destiné un établissement spécial.

M. Giraud. — En ce qui concerne le fait rapporté par M. Rouillard, de ce malade de l'asile de Stéphansfeld, je tiens à rappeler que la responsabilité de sa sortie incombe, non au corps médical, mais à l'administration allemande.

M. Baume. — Il est bon de rappeler que l'autorité judiciaire est, dans la plupart des cas, appelée à statuer pour la mise en liberté des aliénés criminels.

M. Christian. — J'ai particulièrement connu le malade dont il est question: il avait été placé à Stéphansfeld vers 1846, à la suite d'un accès de délire, dans lequel il avait massacré à coups de hache toute sa famille, sa femme et trois enfants. Seul le quatrième enfant avait échappé, quoique grièvement blessé. Non seulement le malade s'est toujours montré d'un calme et d'une convenance parfaite, mais on en avait fait une sorte d'employé de l'économat, et il s'acquittait à merveille de ses fonctions. Après l'annexion,

D... fut renvoyé de l'asile. Il avait alors passé la soixantaine, et possédait de jolies économies, car il s'était toujours montré d'une avarice sordide. Il épousa une fille de vingt-six ans, et s'établit avec elle dans un village des Vosges. Tout alla bien pendant près d'un an; la femme de D... devint enceinte et accoucha à terme d'un garçon. On avait remarqué qu'à l'approche des couches D... était devenu sombre, préoccupé, mais personne n'y avait pris garde. Le lendemain de l'accouchement, il saisit une hache, et, sans dire un mot, sans pousser un cri, il tua sa femme et son enfant, après quoi il alla se pendre dans son grenier.

J'abrège beaucoup cette histoire, qui est absolument exacte, sauf peut-être quelques détails secondaires; elle présente, à mon avis, ceci de très remarquable et de très instructif, que l'accès survenu en 1873 ou 1874 a été absolument identique à celui de 1846, et que les conditions du meurtre ont été les mêmes dans les deux cas.

M. Falret. — A l'appui de l'opinion émise par M. Rouillard que le médecin est, dans certains cas, placé dans une cruelle alternative entre l'excès de prudence et l'excès de témérité, je citerai le fait bien connu de l'aliéné Thouviot, placé à la Sûreté de Bicêtre, à la suite du meurtre de la fille Cotard, dans une brasserie de la rue Cujas, à Paris. Ce malade pour lequel le tribunal avait rendu une ordonnance de non-lieu, à la suite d'un rapport de Lasègue, Blanche et Bergeron, concluant à la folie et à son irresponsabilité par suite d'un délire d'accès, fut pendant cinq ans, à la Sûreté de Bicêtre, l'objet d'une observation attentive faite par Legrand du Saulle et par moi, avec l'aide de tout le personnel, sans que nous ayons pu constater avec certitude le retour des accès de délire ou de vertiges observés chez lui à divers intervalles, dans le cours de son existence. Par excès de prudence, en vertu de tous ses antécédents, nous l'avons, l'un et l'autre, maintenu à Bicêtre, où, après cinq ans de séjour, et de vaines réclamations de sa part, il a terminé son existence par le suicide.

Cet acte doit-il être attribué au désespoir provoqué par une séquestration prolongée, ou est-il une dernière manifestation de son affection cérébrale? C'est un point de science difficile à décider avec certitude, et une preuve des grandes perplexités qu'éprouve le médecin d'asile pour trancher tout seul la question si grave de la mise en liberté des aliénés criminels.

M. Regnard. — Je crois que dans ce cas l'intérêt général doit l'emporter sur l'intérêt particulier de l'aliéné guéri. Permettez-

moi de rappeler à ce point de vue le cas d'un aliéné homicide à propos duquel mon intervention a été réclamée: il s'agissait de savoir si cet individu devait être mis en liberté. Le médecin traitant était partisan de sa sortie; l'inspecteur, de sa maintenue. En vertu du principe, que l'intérêt général doit prédominer sur l'intérêt particulier, j'ai pris les mêmes conclusions que ce dernier.

Je ferai ressortir en outre un autre point de vue. Les aliénés dont il est question ici n'ont pas été — et pour cause — condamnés, comme les autres criminels : ils n'ont pas subi de peine et sont simplement séquestrés comme des malades. Ils diffèrent donc absolument des criminels ordinaires qui, passant en justice, sont condamnés et, la peine expiée, rentrent dans la société.

M. Vallon. — M. Rouillard garde dans son service un aliéné assassin quoique guéri depuis longtemps; ce faisant, il croit agir au mieux des intérêts de la société. Eh bien, je trouve, pour mon compte, que M. Rouillard a tort, absolument tort: un aliéné guéri, je dis guéri, quels que soient ses antécédents, doit être mis hors l'asile: c'est le devoir strict du médecin. Ce n'est pas à nous médecins aliénistes à prendre les mesures de sauvegarde en faveur de la société, c'est affaire à la magistrature et à l'administration; notre rôle à nous est de dire si tel individu est aliéné ou pas, dangereux ou inoffensif, et aux pouvoirs publics à prendre les mesures que comporte l'avis que nous avons donné. J'aurais dans mon service un criminel guéri de sa folie, je provoquerais sans hésiter sa sortie, laissant aux pouvoirs compétents le soin de prendre telles mesures nécessaires. Je trouve que notre responsabilité est bien assez grande sans aller encore l'augmenter en sortant de notre rôle et, en somme, en violant la loi; car c'est violer la loi que de garder dans un asile d'aliénés un individu qui n'est pas atteint d'aliénation mentale.

M. Rouillard. — Messieurs, permettez-moi de répondre quelques mots à mes honorables contradicteurs. Il est certain que le projet de loi de M. Roussel comble une des lacunes de la loi de 1838. Celle-ci avait omis de statuer particulièrement sur la situation des aliénés criminels, que ses articles 18 et suivants comprennent dans la catégorie des aliénés dangereux. Malgré le danger qu'ils créent ou ont créé, tout au moins, ces malades présentent des caractères spéciaux qui réclament des mesures spéciales. Ces mesures, l'article 39 de la nouvelle loi les édicte; mais je persiste à trouver que ces mesures sont incomplètes, douteuses, et man-

quent de franchise. On nous demande de déclarer si l'aliéné est guéri. Il est matériellement impossible de répondre à cette question d'une façon ferme. On prouve plus facilement la maladie que la santé. Nous ne possédons aucun signe, aucun caractère pathognomonique de la guérison. Encore moins pouvons-nous préjuger sa durée. Quant à déclarer si un aliéné criminel est *légitimement suspect de rechute*, selon les expressions de la loi, nous ne pouvons le faire. Les épileptiques, les délirants persécutés sont éminemment suspects de rechute. Quant aux autres malades, notamment les alcooliques, sont-ils suspects ? Probablement, oui ; légitimement, non. — Si le malade, après sa sortie, se retrouve dans les mêmes conditions sociales et pathologiques qui l'ont amené au crime, un nouveau malheur peut survenir. Le médecin peut-il empêcher ce concours de circonstances ? Peut-il même toujours les prévoir ? Lui appartient-il de jouer le rôle de prophète ? — A quelque crime que l'on ait affaire, quelle que soit la maladie qui y a mené, il y aura toujours un doute. Et le doute doit profiter à la société, plus intéressante que l'individu, et que la nouvelle loi paraît un peu oublier. En somme, si l'aliéné criminel paraît guéri, le médecin sera dans une cruelle alternative. Sollicité par le malade, par ses proches, voire par les autorités, il se laissera aller à signer la sortie et sera longtemps poursuivi par l'idée inquiète qu'un nouveau crime peut se commettre. Si, au contraire, guidé par l'intérêt social, il fait, comme je le fais moi-même, maintenir l'aliéné, il passe pour un être inhumain et barbare. C'est à cette deuxième ligne de conduite que s'arrêteront presque tous les aliénistes, et ils seront encore en règle avec cet article de loi, qui est en somme ambigu, et qui tend à la maintenue perpétuelle sans avoir le courage d'en imprimer l'obligation.

Aussi bien, ce reproche de barbarie et d'inhumanité que vient de m'adresser mon excellent collègue, le Dr Vallon, je ne l'accepte pas. Si quelqu'un est barbare, c'est l'aliéné criminel. Je ne le lui reproche pas, mais je le constate. M. Vallon me trouve moins humain que la magistrature, qui confère des grâces et lève la peine d'un assassin pour le récompenser de sa bonne tenue ultérieure, tandis que je demande l'internement éternel. La comparaison n'est pas juste. Un condamné gracié voit lever sa punition ; un aliéné criminel n'est pas puni ; la société se garde de lui et le met en état de ne pas nuire, voilà tout. Il ne faut pas assimiler, comme on vient de le faire, nos asiles à des bagnes. Nos malades n'y

manquent de rien si ce n'est de la liberté, dont quelques-uns ont fait un si mauvais usage.

Enfin, il serait trop commode que le même individu qui a commis un, deux, trois, même quatre assassinats, comme mon malade P..., puisse s'abriter derrière son état de folie pour échapper au châtiment, et invoquer ensuite la santé de son esprit pour échapper à la séquestration et sortir de l'asile, la tête haute, sans casier judiciaire, comme si la vie de plusieurs innocents n'avait pas été supprimée.

M. Deny. — Je crois que dans cette question des aliénés assassins, que vient de soulever M. Rouillard, il importe de distinguer les cas où il y a eu simple tentative d'homicide, de ceux où il y a eu homicide proprement dit.

M. Rey. — Le service que je dirige à l'asile de Marseille reçoit annuellement un certain nombre d'aliénés, ayant commis des délits ou des crimes. Les uns viennent de la maison d'arrêt après avoir bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ; les autres, de la prison départementale, l'aliénation mentale n'étant survenue ou plutôt n'ayant été constatée qu'au cours de l'accomplissement de leur peine. J'ai relevé deux cas d'individus aliénés, condamnés à plusieurs mois de prison et qui n'avaient pas été soumis à l'expertise médico-légale. Nos délinquants sont, en grande partie, des soldats provenant des pénitenciers militaires de l'Algérie, des compagnies de discipline, et aussi de la légion étrangère. Ces individus ont passé par toutes les rigueurs du code militaire, depuis la salle de police jusqu'aux travaux forcés, et pour des délits qui sont presque toujours les mêmes : refus d'obéissance, destruction d'effets, bris d'armes, désertion. C'est au pénitencier ou en prison qu'ils semblent donner les premiers signes d'aliénation mentale ; mais l'étude de leurs antécédents montre qu'ils ont eu des troubles intellectuels bien avant leur incorporation dans l'armée. La tare héréditaire est fréquemment établie. Ce sont des dégénérés héréditaires formant un groupe singulièrement homogène, quant à leurs conceptions délirantes, et quant au fonds mental sur lequel elles viennent se greffer. Les délits sont, comme je l'ai dit, généralement peu graves, ou, du moins, ce ne sont que des infractions à la discipline militaire. Une fois cependant il y a eu un véritable crime commis par un soldat d'infanterie de marine. Ce soldat tira deux coups de revolver sur un capitaine et le blessa grièvement. Chargé de l'expertise médico-légale et

appelé à défendre les conclusions de mon rapport devant le Conseil de guerre de Toulon, je parvins à démontrer l'état d'aliénation mentale et l'irresponsabilité de l'accusé. Acquitté, il fut envoyé dans mon service où il est encore.

En présence de ces faits, je me suis souvent posé les questions suivantes :

1° N'y a-t-il rien à faire pour éliminer de l'armée les sujets inutiles et dangereux, de véritables aliénés, avant que des infractions graves à la discipline ou des crimes ne les fassent condamner par le Conseil de guerre ? On pourrait, ce me semble, dans les conseils de revision, tenir compte des signes évidents de dégénérescence physique, les comprendre dans les cas de réforme. Mais, ce qui serait peut-être plus nécessaire, ce serait d'ouvrir une enquête sur les antécédents de ces êtres indisciplinables qui échouent fatalement sur le banc des Conseils de guerre. Dans bien des cas, ces antécédents justifieraient et commanderaient même la mise à la réforme.

2° En général, les dégénérés héréditaires guérissent de l'accès qui a motivé la séquestration. Le médecin doit-il alors provoquer la mise en liberté, si l'individu a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou s'il a subi une condamnation ? Il est bon d'avoir une règle à cet égard, et voici celle que j'ai cru pouvoir adopter. S'il s'agit d'une infraction à la discipline militaire ou d'un simple délit, je propose la sortie. Si c'est un soldat, l'autorité militaire prononce la mise à la réforme et gracie l'individu du restant de sa peine. S'il s'agit au contraire d'un crime, d'un meurtre ou tentative de meurtre, non seulement je ne crois pas devoir provoquer la mise en liberté, mais je résiste aux sollicitations de la famille et de l'entourage. Nous savons, en effet, que les rechutes sont fréquentes, fatales mêmes et soudaines et qu'elles ramènent les mêmes conceptions délirantes et les mêmes tendances aux actes de violence. Il y a là un danger permanent pour la société.

M. le Président. — L'accord ne pouvant se faire sur les conclusions intégrales de la communication de M. Rouillard, je proposerai au Congrès de n'en retenir que la dernière. Nous renouvellerons ainsi le vœu, déjà adopté au Congrès international de médecine mentale de 1878, relatif à la *création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits* criminels.

(Adopté.)

M. le Président. — Messieurs, avant de nous séparer, je tiens à adresser mes remerciements aux nombreux médecins français et étrangers qui ont honoré notre Congrès de leur présence. Vous en avez tous, Messieurs, rehaussé l'éclat par vos communications nombreuses et intéressantes et contribué puissamment au succès de cette réunion scientifique internationale que nous sommes tous heureux d'avoir provoquée et qui, grâce à votre concours, laissera une trace durable dans l'histoire de notre science spéciale. Mais ce Congrès n'aura pas seulement servi notre science, nous conserverons aussi le souvenir vivace des relations personnelles que nous avons établies avec chacun de vous, et qui, nous n'en doutons pas, se perpétueront dans l'avenir, malgré les distances qui nous séparent. (*Applaudissements.*)

M. le Secrétaire général. — Messieurs, permettez-moi de vous soumettre une dernière proposition ; elle obtiendra, j'en suis convaincu, votre unanime approbation. Je viens vous prier de voter des remerciements à M. le Ministre de l'instruction publique ainsi qu'à l'illustre écrivain et philosophe, M. E. Renan, pour la si gracieuse hospitalité qu'ils ont bien voulu donner à notre Congrès dans cette salle du Collège de France. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Secrétaire pour la lecture du procès-verbal de la séance.

(Le procès-verbal est adopté.)

M. le Président. — Je déclare le Congrès clos.

La séance est levée à six heures et demie.

APPENDICE

EXCURSIONS SCIENTIFIQUES

ET

BANQUETS

EXCURSIONS SCIENTIFIQUES

ET

BANQUETS

Le programme du Congrès comprenait trois excursions scientifiques : les visites de l'asile clinique Sainte-Anne, de l'asile de Villejuif et du service des idiots et épileptiques de l'hospice de Bicêtre. A ce programme sont venus se joindre d'autres articles : M. le Ministre de l'intérieur a gracieusement invité les membres du Congrès à visiter la maison nationale de Charenton ; le conseil municipal de Paris les a conviés à une fête à l'Hôtel-de-ville. Enfin, il nous est impossible de passer sous silence le banquet qui a clos les travaux du Congrès.

Nous allons rendre compte succinctement et par ordre chronologique de ces fêtes et excursions scientifiques, en regrettant de ne pouvoir reproduire intégralement les toasts qui ont été portés aux divers banquets et qui exprimaient si bien les sentiments des orateurs, soit français, soit étrangers, sur ces réunions internationales, de même que leurs opinions sur les progrès à réaliser dans la législation et l'assistance publique des aliénés (1).

1° VISITE A L'ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE

Le mercredi 7 août, à dix heures du matin, les membres du Congrès, au nombre d'une centaine, se sont rendus à l'asile clinique Sainte-Anne, établi à Paris, sur les terrains de l'ancienne ferme Sainte-Anne, au delà du faubourg Saint-Jacques. Sous la direction de M. le Dr Dubuisson, faisant fonctions de directeur in-

(1) Nous emprunterons la plus grande partie de nos renseignements à l'excellent et si consciencieux *Rapport sur les visites des Congrès scientifiques dans les asiles publics d'aliénés de la Seine*, que M. Lucien Puteaux, secrétaire de la commission de surveillance à présenté à cette commission (broch. in-4°, Paris, 1890).



térimaire en l'absence de M. le Dr Taule, en congé, ils ont visité successivement le service de la clinique de M. le professeur Ball, le bureau d'admission de M. Magnan, puis les services de MM. Bouchereau et Dubuisson.

On remarquait parmi les assistants, outre les membres du Congrès, MM. Jacques, président du Conseil général de la Seine ; Dubois, Navarre et Pétrot, membres de ce même Conseil; Puteaux, membre de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine; Babut, chef de division, Leclère, chef du bureau des aliénés, Louvard, chef du bureau des travaux du département, à la Préfecture de la Seine; Ramolini, secrétaire adjoint de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine ; Coué, chef du bureau des aliénés à la Préfecture de police, etc.

Vers midi, toutes les personnes présentes se trouvaient réunies dans un des parloirs de l'asile (celui du service des femmes), décoré de fleurs et de trophées, où était servi un déjeuner des plus confortables, pendant lequel n'a cessé de régner la plus vive et la plus franche cordialité. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés, dans l'ordre suivant :

M. Jacques, *président du Conseil général de la Seine*. — « Messieurs, l'honneur inattendu d'occuper la présidence de ce banquet me met dans l'obligation de prendre la parole. Je vais donc, avec votre permission, laisser les mots monter simplement et sans art de mon cœur à mes lèvres !... Je commence d'abord par vous exprimer mes regrets et mes excuses de ne pas m'être trouvé au milieu de vous durant la visite que vous avez faite à notre asile départemental d'aliénés.

« J'aurais été heureux de recueillir, chemin faisant, les judicieuses réflexions dues à votre compétence ou de fournir les éclaircissements demandés par votre curiosité philanthropique. Je ne connais pas, pour un administrateur, de manière plus féconde et plus agréable de s'instruire que d'écouter les spécialistes émérites; aussi ai-je aujourd'hui perdu une occasion excellente entre toutes; mais j'ai hâte de le dire, Messieurs, par contre, vous avez gagné à mon absence, car j'ai été remplacé, dans la conduite à travers les services, par des hommes éminemment habiles à vous renseigner à tous les points de vue. Permettez-moi de citer leurs noms devant cette réunion d'élite.

« C'est d'abord M. *Dubuisson*, directeur intérimaire de notre asile,

qui, connaissant à fond les choses et les hommes, est ici un guide aussi sûr qu'intelligent.

« C'est aussi l'excellent secrétaire de la commission de surveillance, mon ancien collègue *Puteaux*, dont chacun apprécie l'active participation aux travaux de cette Commission.

« C'est ensuite mon collègue et ami *Pétrot*, qui est de ceux chez lesquels « la valeur n'attend pas le nombre des années », comme il l'a prouvé dans ses lumineux rapports au Conseil général, comme il a dû vous le prouver à vous-mêmes, Messieurs, en répondant à vos questions ou en les prévenant.

« Ce sont encore mes chers collègues, *Dubois* et *Navarre*, qui ont une double compétence scientifique et administrative, puisqu'ils sont docteurs en médecine et conseillers généraux.

« Enfin, Messieurs, pour les détails absolument techniques, c'est M. le professeur *Ball*, dont le nom est devenu synonyme de science et de désintéressement.

« Ce sont et M. *Dagonet* père, qui a rendu à cette maison d'inoubliables services, et M. *Dagonet* fils, qui continue dignement les traditions paternelles.

« Ce sont enfin trois de mes amis personnels, MM. *Bouchereau*, *Magnan*, aussi versés dans la science mentale que dévoués à leurs malades, et M. *Quesneville*, pharmacien en chef, qui, sous tous les rapports, ne le cède en rien à ses collègues médecins.

« Je crois, Messieurs, n'avoir oublié personne? Mais si.... j'aperçois M. *Babut*.

« Un mot le dépeindra. Il appartient à un service où l'Administration sert bien les vues du Conseil général et il s'y distingue !

« Et maintenant, Messieurs, que me voilà en règle avec ceux qui se sont chargés de vous faire les honneurs de notre asile départemental, je tiens à adresser mes remerciements et mes félicitations..... à tous les membres du Congrès de médecine mentale! Si, par l'apparence, Messieurs, c'est vous qui êtes aujourd'hui nos obligés, c'est en réalité nous qui, en fin de compte, serons les vôtres; car nous ne manquerons pas de tirer profit des progrès que fera, par votre influence, la médecine mentale.

« En mettant à la tête de votre Congrès M. *Falret*, dont la notoriété scientifique et la pratique consommée sont partout appréciées, en choisissant comme secrétaire général M. *Ritti*, médecin de Charenton, dont la compétence spéciale est partout proclamée, vous avez montré le but humanitaire que vous poursuivez : c'est, si je ne me trompe, de rechercher les conditions les plus propres

à hâter la guérison, ou à adoucir le sort de l'homme que la démence a rendu inutile et même dangereux. Comme vous voulez réussir dans votre noble tâche, aucun détail ne vous paraît indifférent, aucune étude ne vous rebute, aucune fatigue ne vous effraye, aucun spectacle ne vous répugne ! Vous êtes tellement poussés par votre amour de l'humanité, que vous avez franchi de grandes distances pour vous rendre au Congrès de Paris, si bien qu'on pourrait dire que, si quelques rois de la terre se sont abstenus de paraître au glorieux Centenaire de 89, par contre, tous les princes de la science s'y sont présentés! Ici, Messieurs, autour de cette table, se trouvent réunis les aliénistes les plus distingués, venus de tous les points de la France, de tous les pays d'Europe et même du Nouveau Continent ! Sans doute, à notre époque, on arrive à connaître, sans déplacement, les progrès, les réformes qui se font dans n'importe quelle partie du monde ; mais combien plus rapidement se réalisent les améliorations, lorsque, comme il arrive aujourd'hui, les savants, les philanthropes se rapprochent, se consultent, se stimulent ! Les communications verbales sont plus saisissantes que les documents écrits ; une simple vue est plus instructive qu'une longue description ; et puis, par les Congrès, le niveau général des esprits s'élève et les préjugés ou les préventions tombent. Il y a, de plus, un résultat non moins précieux et qui se produit en ce moment même, c'est que des amitiés nouvelles se forment et vont, par leur rayonnement, concourir dans chaque pays à la paix du monde.

« Au nom du Conseil général de la Seine, Messieurs, je lève mon verre au succès du Congrès international de médecine aliéniste. »

M. Falret, *président du Congrès*, remercie le Conseil général de la Seine de sa gracieuse hospitalité et porte un toast à son président, M. *Jacques*, dont les paroles si éloquentes laisseront le meilleur souvenir dans le cœur de tous ceux qui les ont entendues.

M. Pétrot, *membre du Conseil municipal de Paris*, dans une rapide allocution, développe l'idée que la philanthropie ne connaît pas de frontières et que toutes les nations sont heureuses de se tendre la main, pour apprendre, par la science, à soulager ceux qui souffrent.

M. Babut, *chef de division de la Préfecture de la Seine*. — « Messieurs, l'Administration tient d'autant plus à vous remercier de l'avoir invitée à prendre part à vos travaux, que votre secré-

taire général, M. le Dr *Ritti*, a fait cette invitation avec une cordialité à laquelle nous sommes très sensibles. Certes, le concours que nous pouvons vous apporter est modeste, et c'est une voix plus autorisée que la mienne, celle de M. le Président *Barbier*, président de la Commission de surveillance, qui vous parlera de la réforme de notre législation sur les aliénés, poursuivie par notre Parlement. Mais vous pouvez être assurés qu'avec l'assentiment du Conseil général, lequel ne fait jamais défaut lorsqu'il s'agit des intérêts de la science, nous vous procurerons tous les moyens matériels de poursuivre vos recherches et vos études.

« Je bois, Messieurs, à l'amélioration du sort de nos malades, c'est-à-dire à la réalisation de votre désir le plus cher. »

M. Benedikt, *professeur à l'Université de Vienne*, prononce un petit discours humoristique sur les relations des médecins avec les administrateurs, qu'il termine par un toast, très applaudi, à l'Administration.

M. Clark Bell, *délégué de la Société de médecine légale de New-York*, prononce en anglais le discours suivant, dont les phrases, au fur et à mesure qu'elles ont été exprimées, ont été traduites en français par M. le professeur Ball :

« Messieurs les Membres du Congrès,

« Je dois avant tout remercier votre honorable Président qui m'invite à prendre la parole à ce banquet donné à l'asile Sainte-Anne, cet asile dont la réputation s'étend dans tout l'univers, grâce à la distinction de ses chefs de service, d'un côté, M. le Dr *Magnan*, de l'autre, M. le professeur *Benjamin Ball*, près duquel j'ai l'honneur d'être assis; les travaux de ces savants, leurs recherches scientifiques en médecine mentale sont connus du monde entier. C'est pour moi, je vous l'assure, une grande satisfaction que de me trouver dans Paris, cette illustre cité, la capitale de la France, au milieu d'un Congrès de savants aussi distingués, venus de tous les points du globe à ces assises de la science.

« Je félicite ce Congrès international d'avoir adopté une classification des maladies mentales, permettant d'établir une base statistique uniforme, qui suffirait à elle seule pour justifier la raison d'être de cette réunion.

« Un Américain qui se souvient de la guerre qui a suivi, dans son pays, la Déclaration de l'indépendance de 1776, ne peut, après plus de cent années révolues, rencontrer sans une vive émotion les descendants de ces immortels Français qui se sont précipités, cœur et âme, dans ce conflit, comme alliés de sa patrie.

« Mes compatriotes de l'Amérique du Nord ont recueilli depuis un siècle les fruits de cette lutte victorieuse, dans laquelle *Lafayette* et *Rochambeau*, aidés de *Washington* et de ses généraux, ont assis les fondements immuables d'un gouvernement établi sur les assises de la liberté, de l'égalité, de l'indépendance et de la justice.

« Cette semence féconde, ces efforts tentés en notre faveur ont permis à la France d'implanter chez elle les idées de liberté, d'égalité et d'indépendance qui font maintenant sa gloire et forment le plus riche apanage de ses enfants.

« Ai-je besoin de rappeler à ces Français illustres qui sont assis autour de cette table que, depuis ces grands événements, l'Amérique professe pour la France une respectueuse amitié jointe à une grande admiration?

« Ai-je besoin de leur affirmer que, pendant ces dernières années et ces jours de fortune inconstante pour la France, nos liens d'ancienne amitié sont demeurés indissolubles, et que rien n'est venu et ne viendra jamais, je le déclare, troubler cette longue paix, ces relations fraternelles cimentées par le mélange du meilleur sang de l'Amérique et de la France, unies contre un ennemi commun?

« J'ai eu le bonheur d'être une fois l'hôte du marquis de *Rochambeau*, qui me recevait dans son admirable château situé sur les rives riantes de votre beau fleuve, la Loire. L'héritier de ce grand nom me montra le sabre si précieusement conservé qui fut voté et donné par le Congrès américain à son ancêtre le général *Rochambeau*, à la suite de cette guerre mémorable. J'embrassai avec respect ce sabre, et je proposai un toast que je vous demanderai de renouveler ici avant de m'asseoir.

« Je suis heureux aujourd'hui de prendre la parole dans la capitale de la France, de m'adresser à des Français pour saluer ce mouvement scientifique qui ajoute une gloire nouvelle, un nouveau lustre à Paris, à la France, pour célébrer cette merveilleuse Exposition aux proportions grandioses, la réunion de ce jour, la représentation des savants du monde entier, ce Congrès international qui assure à votre patrie la prééminence dans le champ de la science.

« Lorsque je vois autour de moi, dans votre merveilleuse cité, tant de témoignages de votre énergie, de votre habileté, de votre capacité, de ce que j'appellerai le génie français, fournissant des preuves de la supériorité de vos artisans dans le domaine du travail ; quand je constate d'aussi surprenants, d'aussi incomparables progrès dans les arts qui forment comme une couronne de gloire à votre Exposition et provoquent dans tous les esprits un enthousiasme général en faveur de votre pays ; quand j'aperçois autour de cette table les savants les plus éminents venus des républiques de l'Amérique du Sud, d'Espagne, d'Italie, de Suède, de Norvège, d'Autriche et je pourrais dire de tous les points du monde, payant leur tribut d'admiration à la hauteur à laquelle les hommes illustres qui m'environnent ont élevé la science, réunis ici pour étudier les problèmes du jour, tout cela me donne le droit de regarder Paris, ainsi qu'il l'a été depuis longtemps, comme le siège et le centre, non pas seulement du savoir, de la science et des arts, mais de la civilisation avancée du dix-neuvième siècle, l'ère où nous vivons.

« Je rapporterai dans mon pays et à ceux que j'ai l'honneur de représenter dans cette enceinte, des souvenirs de cette charmante hospitalité qui a caractérisé mon séjour parmi vous et fait de ma visite à Paris une scène continuelle de plaisirs et de délices. En terminant, je proposerai, à titre de vœu, de voir l'amitié de l'Amérique pour la France, qui ne se dément pas depuis un siècle, se continuer dans l'avenir comme dans le passé et former, entre les deux Républiques amies, une alliance indestructible de paix et d'amitié. »

M. Puteaux, *membre de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine*, a répondu, au nom de la France, quelques mots en anglais pour boire à la santé de nos anciens alliés, les Américains, toujours nos bons amis, *The great sister Republic*.

2° FÊTE DE L'HÔTEL-DE-VILLE

Le jeudi soir, 8 août, le Conseil municipal de Paris avait convié tous les membres du Congrès à une soirée à l'Hôtel-de-Ville. La plupart des membres du Congrès international de médecine mentale se sont rendus à cette invitation, profitant ainsi de la splendide fête donnée par les édiles parisiens, en l'honneur de la science et des savants.

3° VISITE DE L'ASILE DE VILLEJUIF

Cette excursion a eu lieu vendredi matin, 9 août. L'Administration, sur la demande de M. Bourneville, avait gracieusement mis à la disposition des excursionnistes ses voitures, qui venaient les chercher au bas de la côte de Villejuif, au point terminus du tramway. Là encore, les congressistes, au nombre de cent environ, auxquels s'étaient joints M. Barbier, président de la commission de surveillance; MM. Stupuy, Pétrot et Bailly, conseillers généraux; Puteaux, membre de la commission de surveillance; Babut, chef de division de la Préfecture de la Seine; Leclère, chef du bureau des aliénés à la Préfecture de la Seine; Coué, chef du bureau des aliénés à la Préfecture de police, etc.

Sous la direction de MM. les Drs Ch. Vallon et Marcel Briand, médecins en chef de l'établissement, les assistants ont successivement visité en détail les services de ce magnifique asile, le dernier qui ait été édifié dans le département.

Après cette longue visite, on s'est rendu dans la grande salle des fêtes, ornée avec le goût le plus exquis par M. le directeur Barroux avec le concours de M. Alphand, directeur des travaux de Paris. Un déjeuner de plus de cent couverts y était servi. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés :

M. le premier président Barbier a commencé la série, en buvant à la santé du Président de la République.

M. J. Falret, au nom des membres du Congrès, a remercié le Conseil général et l'administration de l'asile de son brillant accueil.

M. Pétrot, *membre du Conseil général*, renouvelle l'expression des sentiments sympathiques de ses collègues pour l'œuvre entreprise par le Congrès international de médecine mentale.

M. Colin, *interne de l'asile*, porte ensuite le toast suivant :

« Mesdames, Messieurs,

« Permettez-moi en commençant de m'excuser si j'ose prendre la parole au milieu de vous.

« Mais j'ai été chargé, par mes collègues de l'internat des asiles de la Seine, de remercier les membres du Congrès qui ont bien

voulu nous admettre parmi eux, et je profite avec empressement de l'occasion qui m'est offerte de le faire.

« Il me reste une autre tâche, non moins agréable à remplir.

« Vous venez de visiter l'asile de Villejuif, et vous avez pu en admirer la bonne distribution, la richesse au point de vue du nombre et de la variété des malades, des laboratoires, etc. Nous avons, plusieurs de mes collègues et moi, passé une année dans cet asile, et c'est pour nous un devoir de déclarer que nous avons conservé de cette année le meilleur souvenir, tant à cause de l'abondance des moyens d'étude qui nous étaient offerts, qu'à cause de la valeur et de la bienveillance des deux chefs qui le dirigent.

« D'autres voix plus autorisées que la mienne ont fait l'éloge de maîtres incontestés et incontestables. Nous avons pensé que c'était aux jeunes à parler des jeunes. C'est pourquoi je porte un toast à MM. les Drs *Briand* et *Vallon*, médecins en chef de l'asile de Villejuif. »

M. Briand, au nom de M. Vallon et au sien, remercie M. Colin de ses paroles si sympathiques et boit à l'internat des asiles de la Seine.

M. Chouppe, *rédacteur du Bulletin médical*, prononce ensuite les paroles suivantes :

« Puisque aucune voix plus autorisée que la mienne ne s'élève pour remercier les organisateurs de ce Congrès et de l'excursion qui nous réunit, permettez-moi de le faire au nom de la Presse médicale. Notre tâche dans vos réunions, pour être modeste, n'en est pas moins parfois difficile à remplir. Mais chez vous, comme dans tous les congrès qui viennent d'avoir lieu, nous avons trouvé auprès des secrétaires généraux toute complaisance pour favoriser notre mission de vulgarisateurs.

« Je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de remercier ici M. Ritti et en sa personne tous ses collègues des divers congrès : je bois à M. Ritti. »

M. Ritti. — « Je remercie M. Chouppe de ses paroles si sympathiques. Un secrétaire général ne fait que son devoir en favorisant la tâche de nos confrères journalistes ; ils font connaître nos travaux, portent au loin nos idées, et constituent ainsi les aides les meilleurs du progrès scientifique. Je bois à M. Chouppe, et à toute la Presse médicale.

« Permettez-moi, Messieurs, d'acquitter une dette de reconnaissance. Dans mes difficiles fonctions de secrétaire général j'ai fait appel à la haute situation politique et à la grande expérience d'un de nos confrères : elles ne m'ont pas fait défaut. Si nos collègues de province ont obtenu des subsides pour assister au Congrès, c'est grâce à M. Bourneville qui a bien voulu faire auprès de l'Administration supérieure les démarches nécessaires pour obtenir le renouvellement de la circulaire adressée aux préfets lors du Congrès de 1878 ; si vous avez pu ce matin venir commodément à cette réunion, c'est encore sur sa demande que l'administration de la Préfecture de la Seine a mis si gracieusement à notre service tous les omnibus de ses établissements d'aliénés. Vous vous associerez certainement aux remerciements que j'adresse à notre excellent confrère.

« En quittant tout à l'heure cette maison si hospitalière, il vous recevra dans son magnifique service, dû tout entier à son initiative et à son énergie. Comme moi, comme tous ceux qui l'ont visité, vous l'admirerez dans ses moindres détails, et vous féliciterez notre collègue de sa constance, de sa persévérance et de son admirable talent d'organisateur.

« A M. le Dr Bourneville, au créateur de l'asile des idiots et épileptiques de Bicêtre. »

M. Stupuy, *conseiller général de la Seine*. — « Messieurs, il est impossible de lever la séance sans adresser un témoignage de reconnaissance à l'organisateur de cette charmante fête de famille. Il a été à la tâche, il est juste qu'il soit à l'honneur. Je suis sûr d'avoir votre complète approbation, en portant un toast chaleureux à M. Barroux, à l'aimable directeur de l'asile de Villejuif. »

4° VISITE DU SERVICE DES IDIOTS ET DES ÉPILEPTIQUES DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

En quittant l'asile de Villejuif, la plus grande partie des membres du Congrès se sont rendus à l'hospice de Bicêtre pour visiter la section des enfants idiots et épileptiques. Ils ont été reçus, au son de la *Marseillaise*, jouée par la fanfare des pensionnaires du service, par M. Bourneville, médecin de la section, assisté de MM. Pinon, directeur, et Baron, économe de l'établissement.

M. Bourneville fait visiter en détail à ses confrères le magnifique service qu'il a créé; il leur en explique le fonctionnement scientifique et fait ressortir les excellents résultats obtenus.

Cette visite, à la fois si intéressante et si instructive, est suivie d'un lunch offert par M. le directeur de l'hospice de Bicêtre dans l'ancienne école des enfants.

Plusieurs toasts ont été prononcés, dans lesquels les orateurs, entre autres M. le Dr Bajenoff, ont remercié l'Administration de son excellent accueil et félicité notre collègue, le Dr Bourneville, de la belle section qu'il a su créer à Bicêtre pour les enfants arriérés et épileptiques.

M. Bourneville a répondu en disant que cette appréciation flatteuse d'hommes compétents le touchait beaucoup et qu'il serait largement récompensé de toutes les luttes qu'il a eu à soutenir et des attaques violentes dont il a été l'objet à l'occasion de cette création, si les membres du Congrès, français et étrangers, font, à l'avenir, tous leurs efforts pour créer en province, ou dans les autres pays, des institutions analogues.

5° BANQUET DU CONGRÈS

Le banquet du Congrès a eu lieu à l'Hôtel-Continental, le samedi 10 août, à 8 heures du soir. Il a été de soixante-cinq couverts. Parmi les invités se trouvaient MM. Barbier, premier président de la Cour de cassation ; Th. Roussel, sénateur ; Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'intérieur ; Laurenceau, secrétaire général de la Préfecture de la Seine ; le professeur Gariel, secrétaire général des Congrès ; les Drs Drouineau et Regnard, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance ; Puteaux, secrétaire de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, Babut, chef de division à la Préfecture de la Seine, etc.

Au dessert de nombreux toasts ont été portés :

M. Falret, *président du Congrès*, résume de la façon la plus heureuse les travaux du Congrès. Un grand point se trouve acquis. Aujourd'hui, grâce à leurs confrères belges, les aliénistes des différents pays sont arrivés à se mettre d'accord sur un classement des divers genres de folies, ce qui permettra d'établir, pour toutes

les nations, une statistique uniforme. Il ne reste plus qu'à faire passer dans le domaine de l'application ce classement adopté par le Congrès.

Une autre proposition, non moins importante, a été adoptée à propos des excellents mémoires de MM. Christian et Mabille sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale ; c'est de provoquer sur ce point délicat d'étiologie une enquête internationale dont les documents seront centralisés, dépouillés avec soin, et qui feront plus pour résoudre la question que toutes les discussions académiques.

Le Congrès a également émis le vœu qu'une enquête fût officiellement instituée dans tous les pays sur les folies pénitentiaires, pour arriver à cette démonstration que ce n'est pas la détention, cellulaire ou autre, qui doit être considérée comme cause de la folie des prisonniers, mais la personnalité morale, héréditaire ou acquise du délinquant.

Sur le rapport d'un de ses membres les plus estimés, M. le Dr Motet, le Congrès, en présence des dangers dont l'alcoolisme menace la société, la famille, l'individu, a émis le vœu que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures sérieuses de répression soient prises contre les alcoolisés, au moyen de la création d'établissements spéciaux pour l'internement des ivrognes.

Enfin, le Congrès a émis deux autres vœux : l'un, demandant qu'il soit donné plus d'extension aux sociétés de patronage des aliénés sortis des asiles et aux annexes agricoles des asiles de traitement ; le second, réclamant la création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

Après avoir fait ce rapide résumé des travaux auxquels il a présidé et constaté ainsi que le Congrès international de médecine mentale a accompli une tâche profitable pour la science et l'humanité, M. Falret porte un toast aux invités ainsi qu'aux membres français du Congrès.

M. le premier président Barbier, après avoir porté un toast au Président de la République, adresse ses meilleurs remerciements à M. Falret. Puis, revenant sur ce qu'il avait déjà eu l'occasion de dire dans une des séances du Congrès, il affirme de nouveau que le projet de la loi nouvelle lui paraissait grave dans ses conséquences, en ce qui concerne le placement des aliénés. Ce n'est point au magistrat, c'est au médecin qu'il faut laisser la responsabilité d'avoir à prévenir l'internement du malade ; ce n'est

point la justice, c'est la science qui doit se prononcer en pareille matière. Mais le législateur n'ayant pas statué définitivement, M. le premier président de la Cour de cassation en appelle au Sénat, au Parlement lui-même, puisqu'il n'a pas dit son dernier mot.

M. Barbier termine son éloquente improvisation en portant un toast à l'union des peuples par le progrès de la science et de la philanthropie.

M. le sénateur Roussel rappelle toutes les phases par lesquelles a déjà dû passer le projet de loi sur les aliénés. En raison de la situation parlementaire, il n'est pas encore possible de prévoir l'époque à laquelle il sera définitivement voté. Comme M. le premier président Barbier, il exprime l'espoir que, d'ici là, ce projet de loi si important pourra subir de profitables modifications; il appartient d'ailleurs aux aliénistes eux-mêmes, qui à partir de 1890 se réuniront périodiquement dans des congrès annuels, de soumettre à la discussion les dispositions de la nouvelle loi. Il n'est pas douteux que le législateur se verra dans l'obligation de tenir compte dans une large mesure d'études ainsi faites en commun et ayant pour bases l'observation et une longue expérience.

M. le professeur Ball, *vice-président du Congrès*, propose un toast aux membres étrangers. Il remercie ces collègues distingués qui sont venus de toutes les parties de l'Europe, et même de l'Amérique, pour nous prêter leur précieux concours. Il fait observer que c'est grâce à leur présence que les décisions prises par le Congrès auront un caractère vraiment international et pourront être acceptées sans arrière-pensée par les aliénistes du monde entier. Il adresse, au nom des aliénistes français, une cordiale bienvenue aux collègues si éminemment sympathiques qui nous ont été envoyés par la Belgique, cette sœur de la France, par la Suisse, la Hollande, le Danemark, la Russie, pour laquelle nous éprouvons tous une amitié si cordiale, et par les deux Amériques, auxquelles nous rattachent si étroitement les meilleurs souvenirs de notre histoire.

M. le Dr Ladame, *de Genève*, a répondu par le discours suivant :

« Messieurs, chers et honorés Confrères,

« Je viens féliciter la Société médico-psychologique pour le succès du Congrès international qu'elle a si bien organisé. Nous

sommes profondément reconnaissants des réceptions magnifiques et cordiales que vous nous avez préparées. Vous n'avez reculé devant aucune peine ni aucun sacrifice pour nous faire profiter et jouir de cette belle fête de la science et de l'intelligence. Vous vous êtes dépensés sans compter. Partout nous vous avons trouvés à la brèche, soit dans les séances laborieuses, soit à la tête de vos services admirables, toujours dispos, toujours aimables, toujours prêts à répondre à toutes les questions et à toutes les demandes de renseignements. Et nous en avons beaucoup fait de ces questions, nous étions avides de renseignements, nous avons été très indiscrets. Nous voulions tout voir et tout savoir. Nous vous avons fatigués de notre curiosité.

« Nous avons bu résolument à cette coupe enchantée de la science française que vous nous offrez si libéralement, parce que vous savez qu'elle est inépuisable. Nous sommes venus chez vous, curieux d'apprendre, désireux de connaître, mais avec un esprit critique, voulant nous rendre compte des hommes et des choses.

« A Sainte-Anne, à Villejuif, à Bicêtre, partout nous avons rencontré le même accueil sympathique, le même désir de nous être agréables et utiles, le même dévouement, la même amabilité.

« A Sainte-Anne, chez M. le professeur Ball, l'illustre représentant de l'École française, dont les éloquentes leçons, étincelantes de verve et d'esprit, font de la psychiatrie comme un parterre émaillé de fleurs, laissant ignorer les aspérités et les aridités de la médecine mentale.

« M. Magnan, le savant éminent, duquel on peut dire que la profondeur des connaissances n'est égalée que par la modestie, le maître doux et bienveillant, le chercheur consciencieux, l'ouvrier de génie qui reconstruit jour après jour, sans se lasser, sans se décourager, l'édifice immense de la psychiatrie, dont il pèse, scrute et examine avec soin les matériaux, souvent épars et confus, pour en faire un monument solide et durable.

« MM. Bouchereau et Dubuisson, modèles d'esprits pratiques, de dévouement au devoir, d'abnégation personnelle, tout entiers à leurs malades et à leur vocation.

« A Villejuif, MM. Briand et Vallon, vos confrères distingués qui appartiennent à cette jeune cohorte de savants, pleins d'entrain et d'avenir, qui promettent d'abondantes récoltes et témoignent que la science médico-psychologique n'est pas près d'abdiquer en France les grandes traditions de Pinel et d'Esquirol. Noblesse oblige.

« A Bicêtre, M. Charpentier, dont la grave et sympathique figure trahit la lutte de tous les jours, patiente et ferme, contre les éléments les plus vicieux et les plus criminels des dégénérescences humaines. Exposé sans cesse au contact des malfaiteurs les plus dangereux, notre collègue, qui nous a conduits dans l'enfer de Bicêtre, à la Sûreté, accomplit simplement, au péril de sa vie, sa tâche de médecin aliéniste.

« M. Bourneville, dont le nom est synonyme d'activité, d'intelligence, de travail, d'initiative, d'énergie, a su faire sortir de terre des palais de la Bienfaisance qui seront la gloire et l'honneur de notre siècle, et dont nous avons tous admiré la parfaite adaptation au but, l'éducation des idiots.

« Je m'arrête, Messieurs, dans cette esquisse insuffisante et incomplète. Je ne veux pas anticiper. D'autres vous diront demain, sans doute, ce que nous devons aux médecins qui nous recevront à Charenton, MM. Christian et Ritti, que je m'honore de compter au nombre de mes amis, s'ils veulent bien me permettre de leur donner ce titre.

« Une qualité maîtresse, parmi toutes celles qui distinguent la nation française, se retrouve ici partout et chez tous : c'est l'aménité et l'urbanité. Ah ! Messieurs, cultivez-la soigneusement cette qualité. Nous vous le demandons instamment. Elle devient rare dans notre siècle de canons et de cliquetis militaire, et jamais on n'en eut tant besoin.

« C'est à l'aménité et à l'urbanité françaises, si excellemment personnifiées par notre aimable et digne président, que je porte un toast : A M. Falret !

M. le Dr Albert Regnard, *inspecteur général des établissements de bienfaisance,* s'est ensuite levé pour boire aux médecins et directeurs des asiles d'aliénés de province, qui, pour remplir une tâche modeste, n'en rendent pas moins de grands et incontestables services à l'humanité.

M. Motet porte un toast au secrétaire général du Congrès, à l'organisateur du banquet.

M. Ritti remercie son excellent ami, M. Motet, de son bon souvenir. A son tour, il demande la liberté de porter deux toasts : l'un aux absents, aux vénérés maîtres MM. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, présidents d'honneur du Congrès ; l'autre aux secrétaires des séances, à MM. Charpentier et Garnier, qui ont rempli leur difficile tâche à la satisfaction générale.

6° VISITE DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

La visite de la Maison nationale de Charenton a eu lieu le dimanche 11 août. Elle a heureusement clos la série des fêtes du Congrès international de médecine mentale. Nous en empruntons le récit au *Journal des Débats* (n° du jeudi 15 août 1889) :

« Le Congrès international de médecine mentale a terminé ses travaux le samedi 10 août. Le lendemain matin, à dix heures, les membres du Congrès, au nombre de plus de soixante, se rendant à une invitation de M. le Ministre de l'intérieur, ont visité la Maison nationale de Charenton. Au nombre des invités, on remarquait MM. Barbier, premier président de la Cour de cassation; Donnet, sénateur; les docteurs Motet, Du Mesnil, etc. Les honneurs de la maison étaient faits par M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, délégué par M. le Ministre, assisté du personnel de l'établissement.

« Après un exposé succinct, fait par M. Horrie, sous-directeur, de l'origine et du but de la Maison de santé, des conditions de placements, etc., on a parcouru tous les quartiers, ceux des hommes comme ceux des dames. Les visiteurs, — surtout les étrangers, — ont été émerveillés de la magnifique situation topographique de la Maison nationale, dominant la vallée de la Marne et dont toutes les divisions ont vue sur cette vallée. Ce qui a frappé aussi, c'est la grande liberté laissée aux malades, ce sont les moyens de distraction et même d'étude mis à leur disposition (bibliothèques, salle de jeu, de billard, etc.). Ainsi compris, l'asile d'aliénés est un lieu de traitement où sont appliqués avec tact et mesure tous les moyens thérapeutiques, soit physiques, soit moraux, que fournit la science pour l'amélioration et la guérison de ces pauvres malades.

« Cette visite a été suivie d'un déjeuner. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés. M. Monod s'est levé le premier pour boire à la santé du Président de la République et à celle de tous les invités; puis, dans une brillante improvisation, après avoir fait ressortir l'importance des « actes » du Congrès de médecine mentale, il a comparé les travaux de l'Exposition universelle à ceux des nombreux congrès qui se tiendront cette année, se demandant si les résultats de ceux-ci ne seront pas plus grands et plus utiles au point de vue des progrès et de la solidarité interna-

tionale que toutes les merveilles sorties comme par enchantement de la poussière du Champ-de-Mars. Des applaudissements répétés ont prouvé à l'orateur qu'il était en complète communion d'idées avec ceux qui l'écoutaient.

« Après un toast de M. Horrie à M. le Ministre de l'intérieur et à son délégué, M. le premier président de la Cour de cassation s'est levé. C'est en qualité de président de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine que M. Barbier a voulu rendre un hommage mérité au dévouement des médecins aliénistes, que les fonctions qu'il remplit depuis plus de vingt ans lui ont permis de mettre hors de doute; puis, dans un langage élevé, il a bu à la science et à la solidarité humaine.

« MM. les docteurs Christian et Ritti, médecins de la Maison de Charenton, ont ensuite successivement pris la parole. Le premier, rappelant le brillant passé scientifique de l'établissement, les maîtres éminents qui l'ont illustré, a bu à la santé des deux doyens de la médecine mentale qui ont été à Charenton les élèves d'Esquirol, MM. Calmeil et Baillarger. Le second, parlant en qualité de secrétaire général du Congrès, a porté, en l'absence de MM. Falret et Ball, président et vice-président, un toast à M. Monod qui, malgré ses nombreuses occupations, a voulu prendre part aux travaux du Congrès. La remarquable communication qu'il y a faite, et surtout ses conclusions si fermes, si nettes et si précises, sont du meilleur augure pour les améliorations qui peuvent être encore apportées dans le service des aliénés.

« Il convient de citer les noms des médecins aliénistes étrangers, qui, parlant après MM. Donnet et Motet, ont bu à la science et à l'hospitalité française : MM. Cuylits (Belgique), Ladame (Genève), Vassitch (Serbie), Korsakoff (Russie), Cabred (République Argentine), Sweens (Pays-Bas), Vallée (Canada) et Læhr (Berlin). Ce dernier, fils d'un des plus distingués aliénistes de l'Allemagne, a, en quelques paroles émues, remercié la France de sa cordiale hospitalité; il a fait l'éloge de la science mentale française et exprimé le vif regret de l'abstention de ses compatriotes au Congrès; car, a-t-il dit, la science n'a pas de patrie.

« Les membres du Congrès international de médecine mentale se sont montrés très satisfaits de leur visite consacrée à l'un de nos plus beaux établissements généraux de bienfaisance. »

Tel est, résumé dans ses faits les plus saillants, le compte rendu des excursions scientifiques des membres du Congrès de médecine

mentale, et des fêtes qui leur ont été données. Nous aurions désiré pouvoir reproduire textuellement les nombreux toasts portés à ces divers banquets; il eût été bon de conserver dans les archives de notre spécialité ces précieux documents. Mais si les sténographes ont manqué pour recueillir les discours éloquents, si pleins de la plus parfaite cordialité, les cœurs se souviendront des sentiments d'affectueuse sympathie qui se sont fait jour dans ces réunions, dans ces fêtes, et que les médecins étrangers ont tout particulièrement exprimé en des termes qui nous ont profondément touchés.

A. R.

ERRATUM

Ajouter à la liste des membres adhérents français :

M. le Dr Riu, médecin en chef du quartier des aliénés des hospices civils d'Orléans (Loiret).

PLANCHE I

L'ALIÉNATION MENTALE A PARIS

(MOUVEMENT ANNUEL)

Statistique générale de la Préfecture de police

(1872-1888)

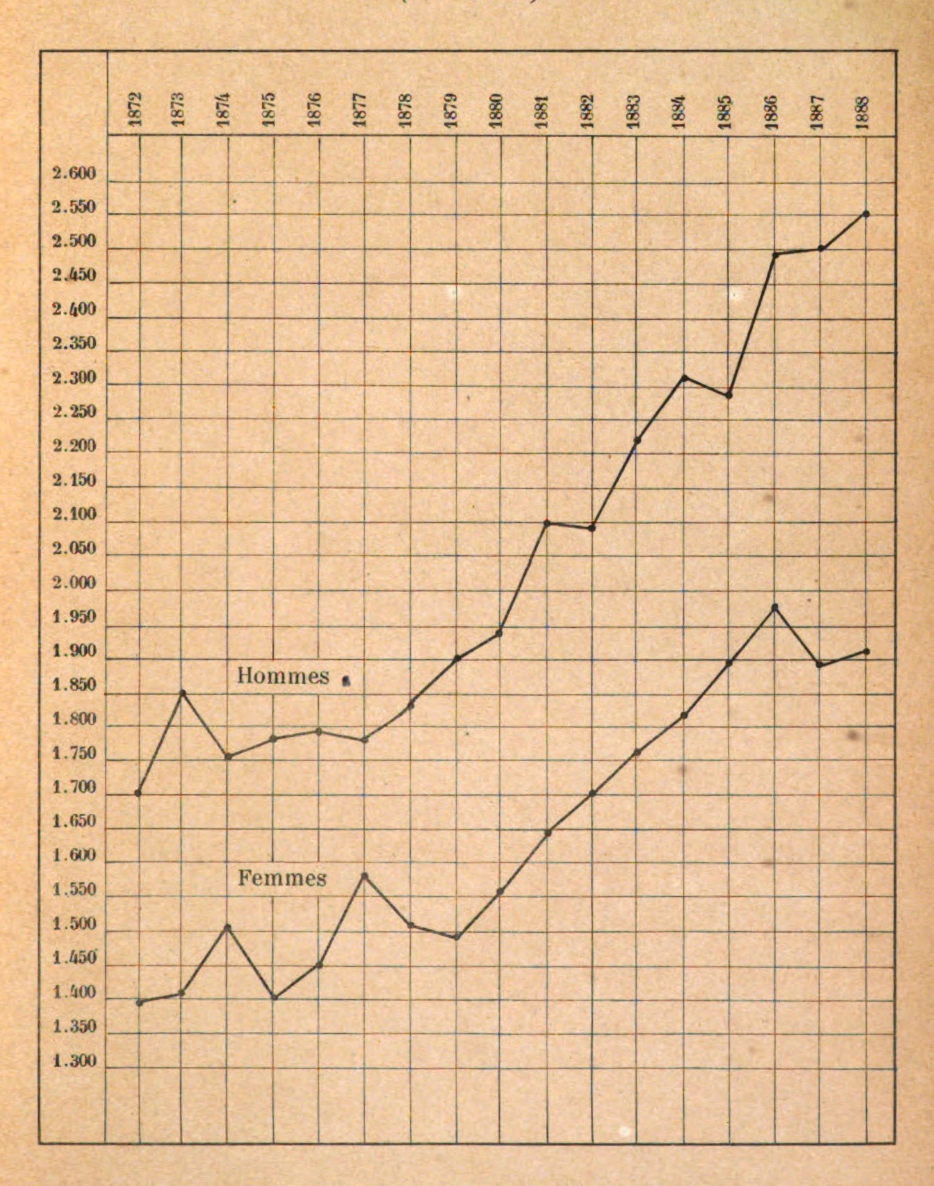


Planche II

L'ALIÉNATION MENTALE A PARIS

(MOUVEMENT MENSUEL ET SAISONNIER)

Statistique de l'Infirmerie spéciale (1872-1888)

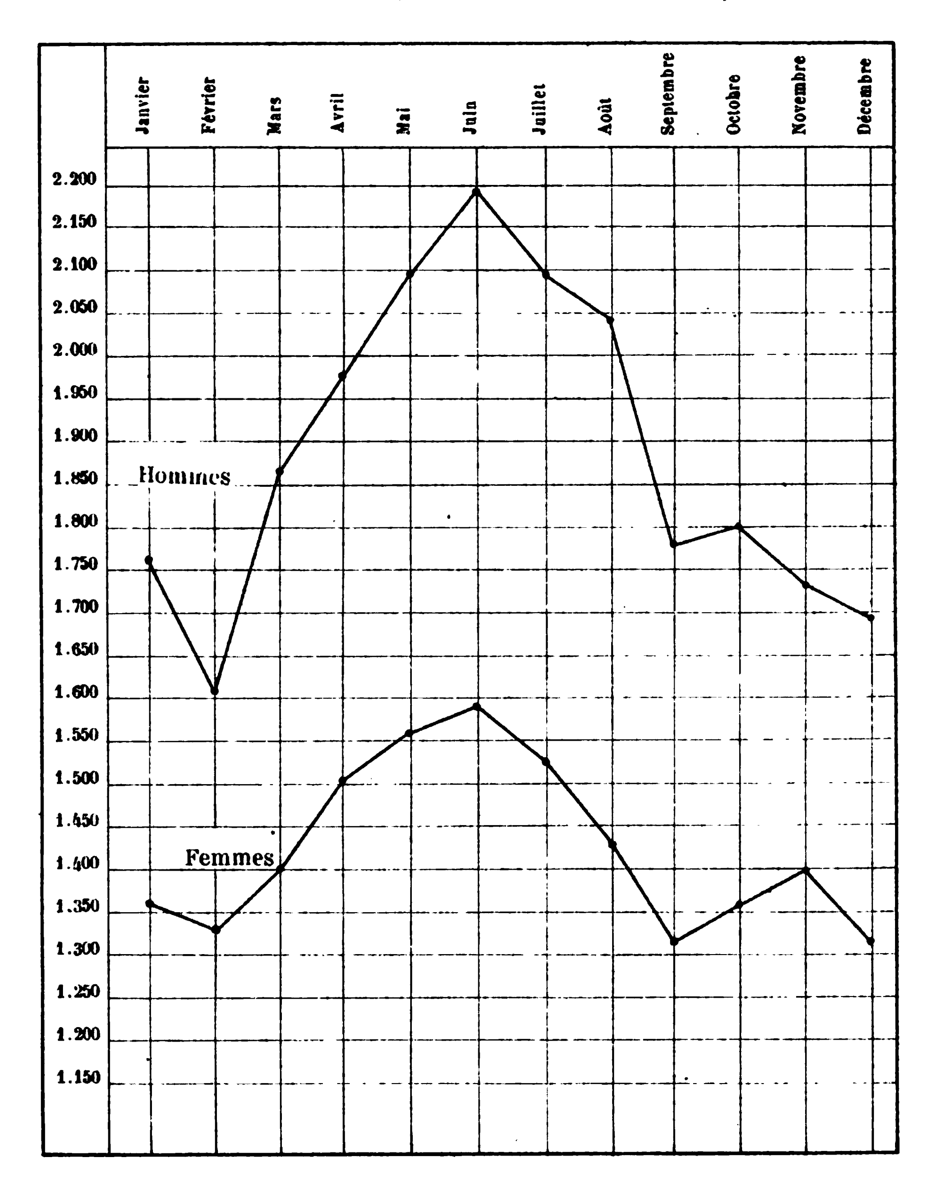


Planche III

ALCOOLISME

(MOUVEMENT ANNUEL)

Statistique de l'Infirmerie spéciale (1872-1888)

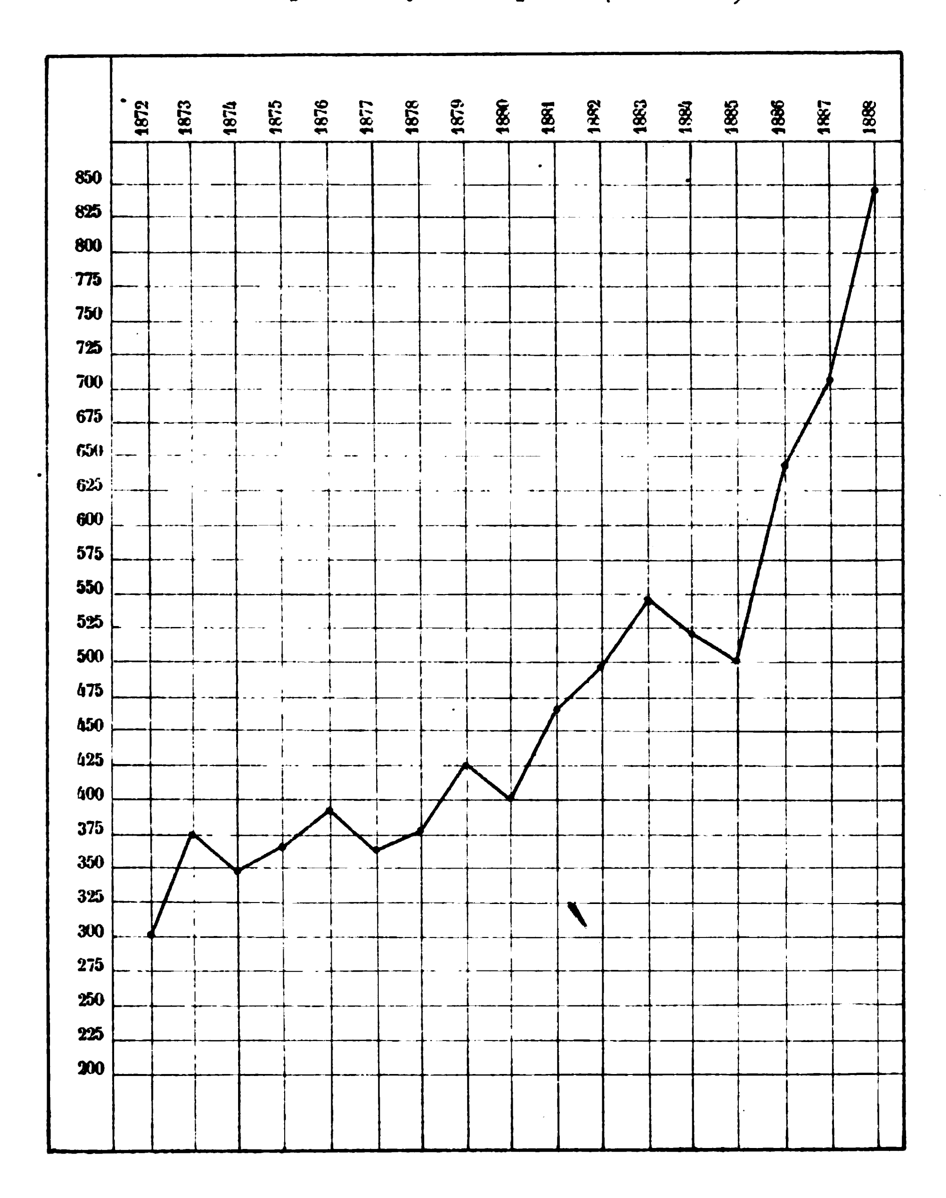


PLANCHE IV

ALCOOLISME

(MOUVEMENT MENSUEL ET SAISONNIER)

Statistique de l'Infirmerie spéciale

(1886-1888)

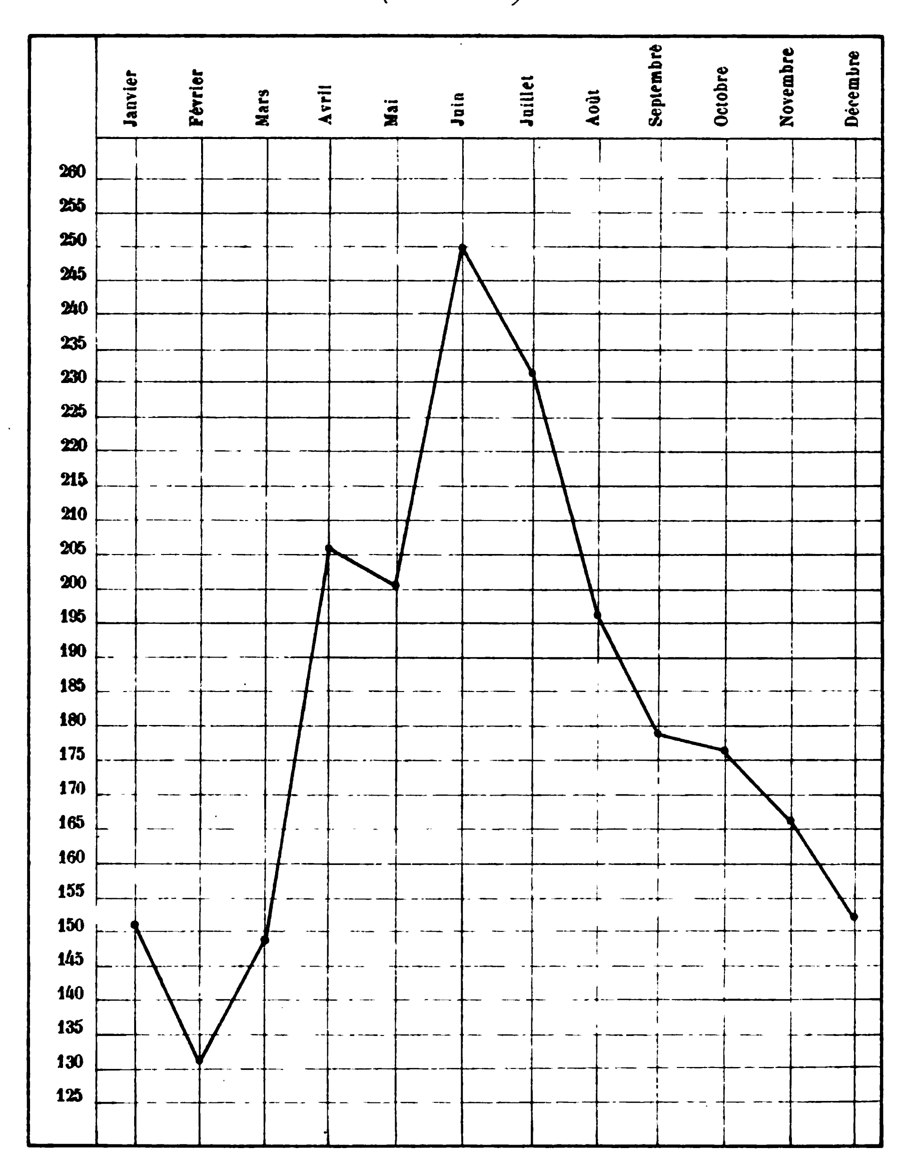


PLANCHE V

PARALYSIE GÉNÉRALE

(MOUVEMENT MENSUEL ET SAISONNIER)

Recrudescence vernale

Statistique de l'Infirmerie spéciale (1886-1888)

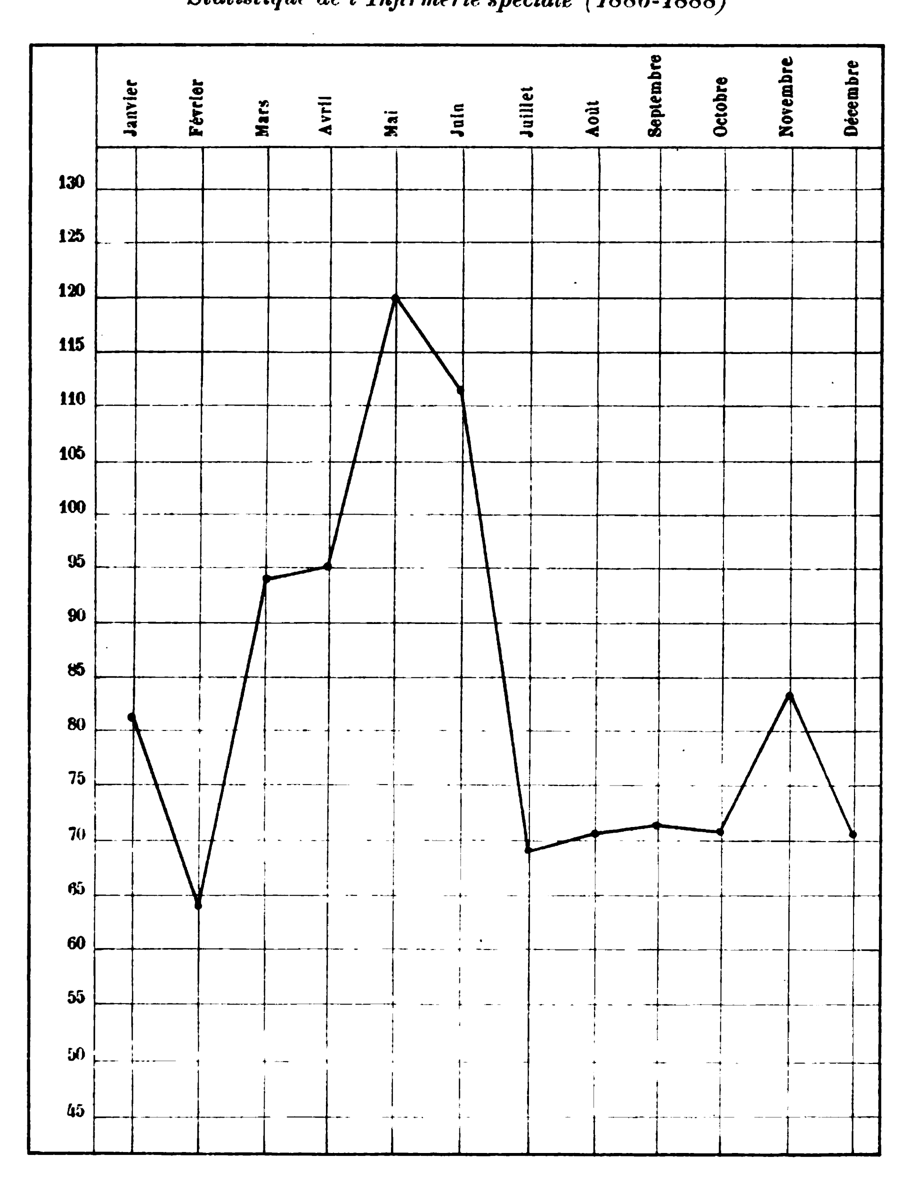


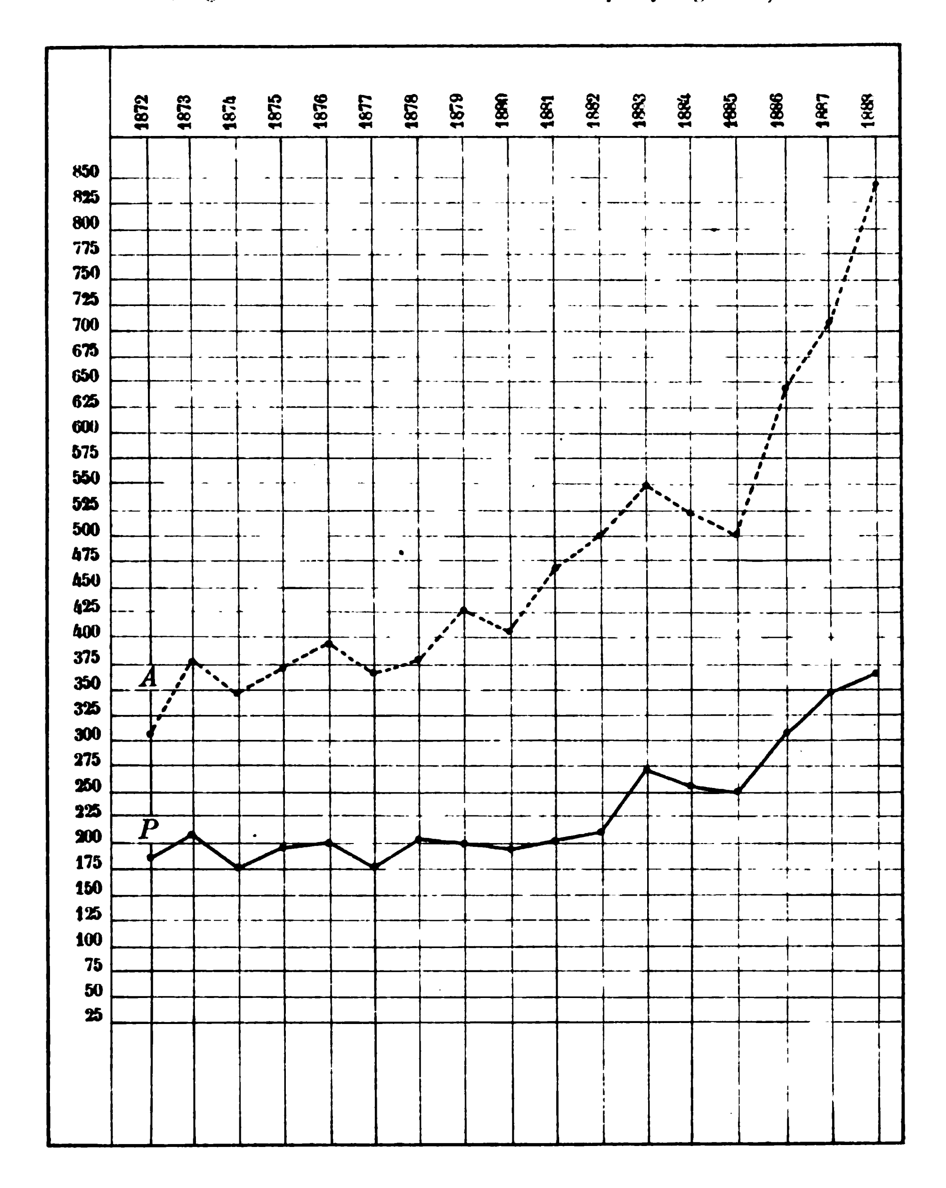
Planche VI

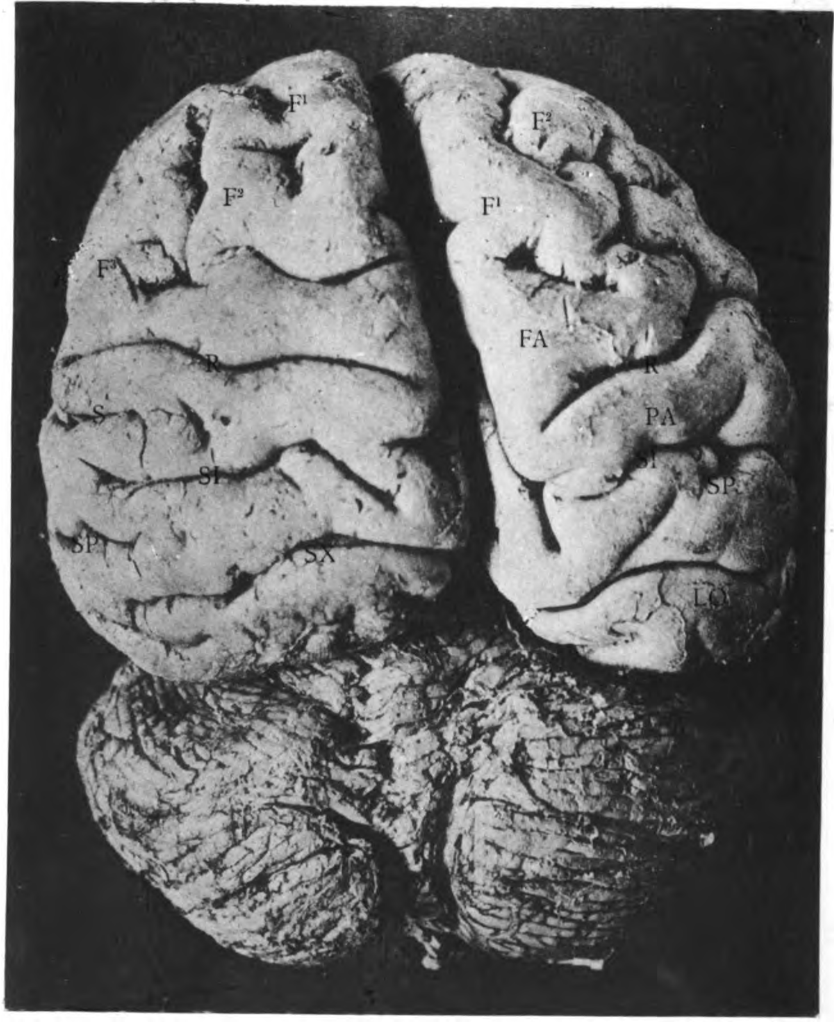
(*A*) ALCOOLISME .... (*P*) PARALYSIE GÉNÉRALE —

(mouvement annuel — 1872-1888)

Statistique de l'Infirmerie spéciale du Dépôt

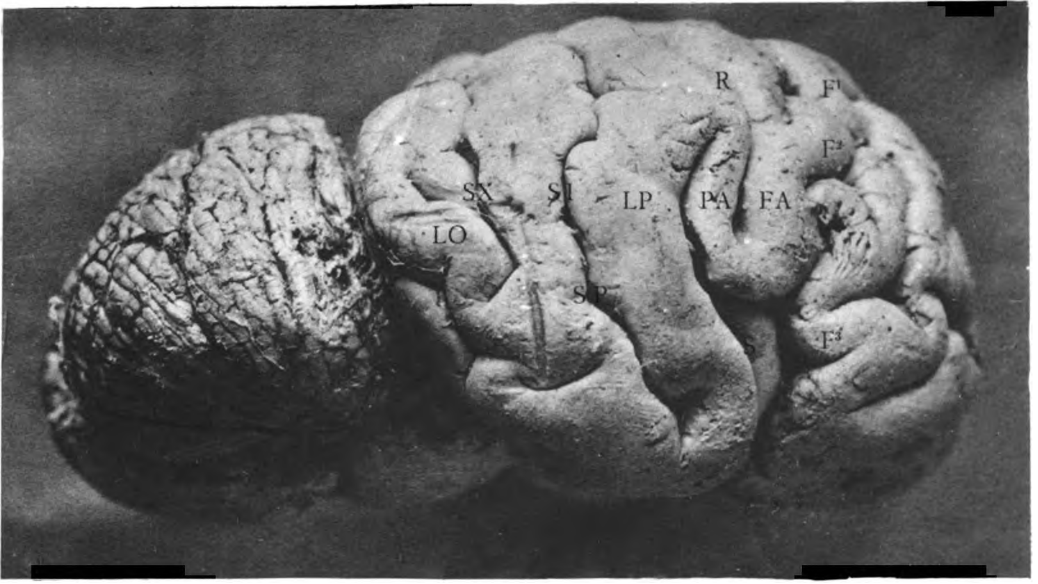
(Progression corrélative de l'alcoolisme et de la paralysie générale)





Héliotypie G. PILARSKI. 14, rue des Barons, Gentilly.

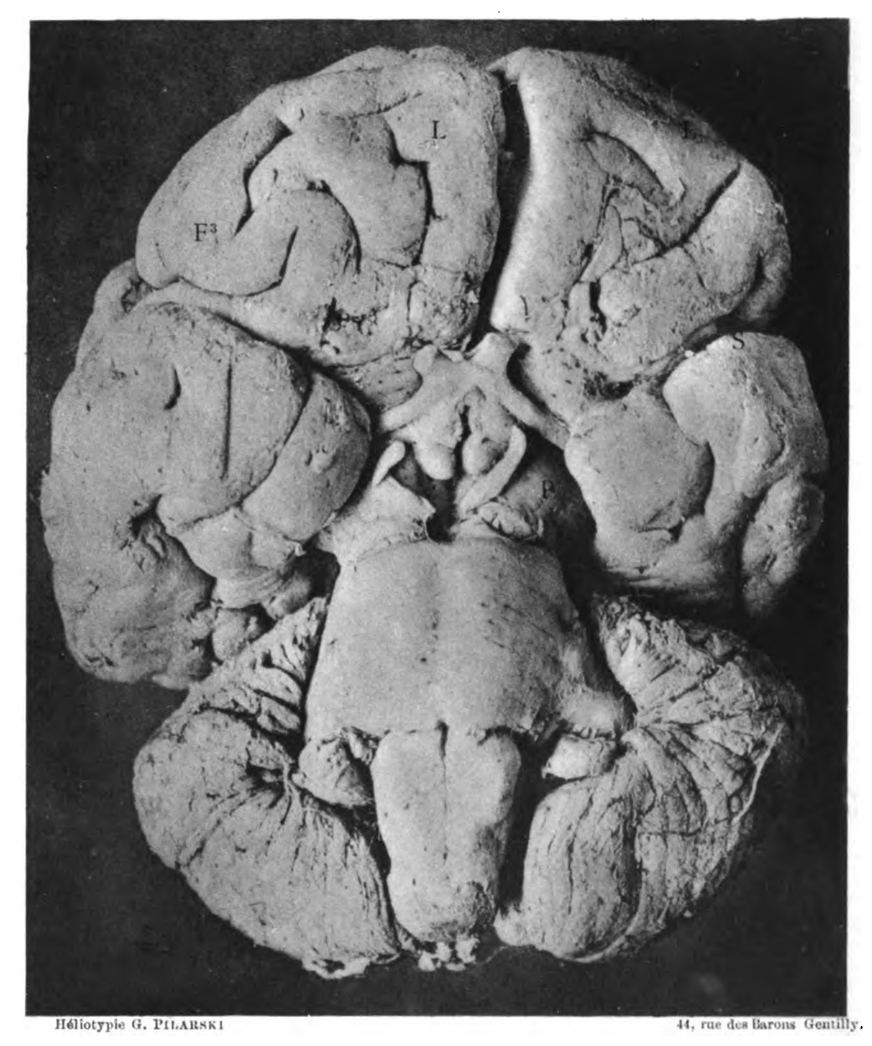
S. Scissure de Sylvius.
R. Sillon de Rolando.
F1 F2 F3 Circonvolutions frontales.
PA. Pariétale ascendante.
FA. Frontale ascendante.
SI. Scissure interpariétale.
SP. Scissure parallèle.
SX. Scissure anormale.
LO. Lobe occipital.



Héliotypie G. Pilarski. 44, rue des Barons, Gentilly.

S. Scissure de Sylvius.
R. Sillon de Rolando.
FA. Frontale ascendante.
F1 F2 F3 Circonvolutions frontales.
PA. Pariétale ascendante.

LP. Lobule pariétal.
SI. Scissure interpariétale.
SP. Scissure parallèle.
SX. Scissure anormale.
LO. Lobe occipital.



Héliotypie G. PILARSKI 44, rue des Barons Gentilly.

F³ 3ᵐᵉ Frontale.

S. Scissure de Sylvius

L. Lobe olfactif.

P. Pédoncules cérébraux

TABLE DES MATIÈRES

DATE L